

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 29

Travail de la Clinique Chirurgicale
de M. le Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des résultats immédiats et éloignés
de la cholécystectomie
d'après 90 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René MOURA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'hydrologie thérapeutique et de climatologie

Né le 20 Août 1908, à MIRAMONT (Hte-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

**CONTRIBUTION à l'ÉTUDE des RÉSULTATS
IMMÉDIATS et ÉLOIGNÉS de la CHOLÉCYSTECTOMIE
d'APRÈS 90 OBSERVATIONS**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 29

Travail de la Clinique Chirurgicale
de M. le Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des résultats immédiats et éloignés
de la cholécystectomie
d'après 90 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René MOURA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'hydrologie thérapeutique et de climatologie

Né le 20 Août 1908, à MIRAMONT (Hte-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	HERMANN.
Pathologie interne	LERICHE.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	FROMENT.
Anatomie pathologique	CADE.
Chirurgie opératoire	FAVRE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PATEL.
Médecine légale	ARLOING (F.).
Hygiène	Etienne MARTIN.
Thérapeutique	ROCHAIX.
Pharmacie et Pharmacologie.....	SAVY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MAI MEJAC

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, *président* ; ROCHET, *assesseur* ;

WERTHEIMER et POLLOSSON

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Ce modeste travail n'est qu'un très
faible témoignage d'affection et de
reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils ont bien voulu s'imposer.

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Lyon.

Officier de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARCASSONNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a guidé de ses conseils. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour la collaboration qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION
*Chef de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.*

Nous tenons à le remercier de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé et des précieux conseils qui nous ont aidé à la préparation de ce travail.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE des RÉSULTATS
IMMÉDIATS et ÉLOIGNÉS de la CHOLÉCYSTECTOMIE
d'APRÈS 90 OBSERVATIONS

Introduction

La cholécystectomie, pratiquée depuis cinquante ans bientôt, a été l'objet de multiples travaux.

Nous aurions pu envisager, en les comparant entre elles, les nombreuses statistiques déjà établies et tirer de là des conclusions nouvelles ; en réalité, le but que nous poursuivons dans ce travail est d'obtenir des renseignements aussi précis que possible sur des opérés déjà connus.

Il fallait pour cela s'adresser à un service hospitalier unique, car des observations provenant de chirurgiens différents ne sont plus comparables entre elles dans l'élaboration d'une statistique.

Il était d'autre part nécessaire de consulter un nombre suffisant de cholécystectomies échelonnées sur un intervalle de temps assez grand pour que leur étude puisse servir de base à des conclusions ayant quelque valeur.

Nous tenons ici à remercier profondément notre maître, M. le Professeur Tixier, qui a bien voulu nous confier toutes les observations de sa clinique.

Sans chercher à étudier la technique de la cholécys-

tectomie, signalons seulement que, dans presque tous les cas envisagés, l'incision employée est l'incision de Kehr telle qu'elle est utilisée par le Professeur Tixier : on pratique d'abord une laparotomie para-rectale droite exploratrice, au moyen de l'incision de Récamier, transformée secondairement, si besoin est, en incision en baïonnette ; par le jour qu'elle donne elle facilite ainsi l'extirpation de la vésicule.

Suivant les cas, on a exécuté des cholécystectomies d'avant en arrière, ou des cholécystectomies rétrogrades.

Le Professeur Tixier s'est surtout attaché à la pratique de la sous-séreuse, telle qu'il l'a décrite, et les résultats que nous publions intéressent principalement les suites de cette intervention.

Notre travail porte sur 90 observations de malades opérés, de 1918 à 1932 ; seulement 40 d'entre eux ont pu être revus. La plupart ont été examinés par le Docteur Carcassonne. Les renseignements concernant les malades restants, qui n'ont pu revenir, nous sont parvenus par correspondance. Chacun d'eux recevait, en effet, une lettre-questionnaire minutieusement établie, de sorte que l'intéressé pouvait répondre avec facilité.

Parmi les 40 observations qui nous servent d'étude, nous trouvons :

36 cas de cholécystites calculeuses ;

4 cas de cholécystites non calculeuses.

Le groupe des cholécystites calculeuses renferme 9 cas de cholécystites aiguës suppurées ou gangréneuses, nous n'en comptons que 2 parmi les formes non calculeuses.

Dans un cas seulement, la date de l'intervention remonte au minimum à six mois ; elle est de 1 à 5 ans dans 21 cas, de 5 à 10 ans dans 14 cas, de 10 à 15 ans dans 4 cas.

On trouvera dans la plupart de ces observations les résultats de la cholécystographie, du tubage duodénal et du coefficient de Maillard ; l'examen bactériologique du liquide vésiculaire est également signalé pour plusieurs malades. Grâce à la présence d'un attaché médical à la clinique du Professeur Tixier, des examens sérieux sont ainsi pratiqués avant et souvent même après l'opération.

Certes, nous n'avons pas la prétention d'établir ici des résultats d'une stricte rigidité, notre étude portant sur un nombre d'observations beaucoup trop faible si nous la comparons aux statistiques de plusieurs auteurs français ou étrangers. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver dans ce travail des pourcentages de guérison ou d'échec, car nous serions peut-être hors de la vérité.

En nous basant uniquement sur le critérium clinique, nous avons essayé de montrer ce que donnait la cholécystectomie dans le traitement des différentes formes de cholécystite.

Historique

D'abord exécutée sur les animaux, la cholécystectomie n'a été pratiquée sur l'homme que deux cents ans plus tard.

Zambeccari, en 1650, coupe le canal cystique d'un chien après ligature double préalable, sans enlever la vésicule biliaire, et remarque une dilatation du canal cystique.

En 1670, Etmüller, expérimentant sur des chiens, leur extirpe la vésicule, mais personne après lui n'a songé à répéter ses expériences.

Herlin, en 1767, se livre à des essais analogues sur le chat, mais dans l'espoir de trouver un moyen de remédier aux lésions provoquées par la calculose biliaire ; c'est donc bien lui l'inventeur de la cholécystectomie chirurgicale ou thérapeutique.

Campaignac a montré, en s'appuyant sur des considérations anatomo-pathologiques, que l'on pouvait, chez l'homme, enlever la vésicule, mais aucun chirurgien n'avait osé mettre à exécution des vues aussi hardies.

Il faut arriver à Langenbuch pour voir pratiquer sur l'homme, en 1882, la première cholécystectomie suivie de guérison. Malgré les discussions mouvementées à Bruxelles et en Allemagne, son exemple a été

suivi dans son pays par Crédé, en Suisse par Kocher, en France par Terrier.

Langenbuch, dans une étude importante, a mis en relief toutes les particularités de cette opération dont la mortalité à pareille époque n'atteignait pas 10 %.

C'est alors que surviennent les remarquables recherches d'Oddi ; ce dernier pratiqua des cholécystectomies à trois chiens qui furent sacrifiés, un, deux, trois mois plus tard. Pendant six semaines, il observa chez eux certains signes tels que : avidité, amaigrissement, selles liquides et fortement colorées, urines pigmentées, tous phénomènes qui disparurent ensuite.

L'autopsie des trois animaux permit de constater une dilatation des voies biliaires extra-hépatiques, dilatation qui était particulièrement prononcée chez le premier chien sacrifié ; les deux autres présentaient une dilatation du canal cystique simulant une nouvelle vésicule.

De nouvelles recherches ont encore été faites ; c'est ainsi que le tubage duodénal, la radiographie vésiculaire, le coefficient de Maillard et une série d'autres tests physiologiques sont venus apporter des précisions sur la perméabilité des voies biliaires et la valeur du parenchyme hépatique. D'autre part, comme l'ont fait remarquer certains auteurs, la cholécystectomie trouble le régime des ferments nutritifs, ce qui amène ainsi une moins bonne utilisation des graisses. On a vérifié également l'exaltation de la virulence du colibacille après ablation de la vésicule biliaire, phénomène qui est prouvé par l'augmentation de la septicité des matières fécales chez tous les animaux cholécystectomisés.

Depuis que Langenbuch pratiqua la première cholécystectomie, les observations d'interventions semblables se sont multipliées ; elles ont ensuite été vulgarisées par de nombreux auteurs.

Calot, en 1891, avait réuni 76 observations tant françaises qu'étrangères. Terrier en rapporte plusieurs cas dans la *Revue de Chirurgie* de 1892. Lejars, au 13^e Congrès français de chirurgie, a présenté les avantages de cette opération dans les cas de cholécystite calculeuse.

Plus près de nous, Petit-Dutaillis et Hartmann ont publié d'importantes statistiques sur des malades opérés par eux et revus plusieurs années après. Gosset en a montré les indications et s'est particulièrement attaché à l'étude de certaines techniques opératoires.

Les auteurs étrangers, avec Mc Guire en Angleterre, Kehr en Allemagne, Mayo en Amérique ont publié d'importants résultats.

A Lyon, MM. Villard et Duclos, Bérard et Mallet-Guy, Santy, Chalier ont également porté contribution à la détermination de la valeur de cette opération.

Le Professeur Tixier s'est appliqué, dans une ligne de conduite univoque, à préciser les conditions de la cholécystectomie sous-séreuse et a montré dans divers travaux les avantages de cette technique. (*Thèse Buffé, Lyon, 1907.*)

CHAPITRE PREMIER

Résultats immédiats

Etude analytique

Seuls seront considérés comme accidents post-opératoires, ceux qui surviennent dans les deux premiers mois après l'intervention.

DÉCÈS. — Actuellement, étant donné les indications précises de la cholécystectomie et les techniques chirurgicales nouvelles, la mortalité post-opératoire est relativement faible.

Parmi les décès, il faut distinguer tout d'abord ceux qui se produisent pendant l'opération ou dans les heures qui suivent ; c'est ainsi que nous avons constaté une syncope mortelle apparue brusquement, chez une éthylique, en cours d'intervention (ob. IV).

Une deuxième malade qu'on avait opérée pour une coudure de la vésicule, avec adhérences au duodénum, a présenté, le lendemain, un subictère généralisé acmarqué (ob. I). La mort s'est produite le deuxième jour.

Les décès par complications locales sont également assez fréquents ; nous avons ainsi observé une septicémie péritonéale mortelle survenue le troisième jour après l'opération (ob. II).

De même, à la suite d'une cholécystectomie pour

cholécystite calculeuse associée à une lithiasé du cholédoque et de l'hépatique, une malade a présenté un abcès sous-phrénique qui s'est ouvert dans les bronches et au niveau de la cicatrice, après une assez longue évolution ; ces phénomènes ont entraîné l'issue fatale et l'autopsie a montré, en plus, des lésions pulmonaires tuberculeuses (ob. V).

Plusieurs auteurs ont signalé des hémorragies, les unes artérielles par lâchage de la ligature de l'artère cystique, les autres veineuses provenant du parenchyme hépatique ; nous n'en avons pas observé, peut-être parce que, dans nos observations, l'artère cystique a toujours été liée minutieusement et séparément du canal cystique.

Signalons aussi le cas d'une femme très amaigrie, présentant un abdomen ballonné avec une abondante circulation veineuse collatérale ; la laparotomie avait montré en plus des lésions vésiculaires évidentes une notable quantité de liquide d'ascite. La mort s'est produite le neuvième jour après l'intervention, de cachexie progressive (ob. III). Il s'agissait vraisemblablement d'un cancer.

La dernière malade présentait, en même temps que des lésions biliaires, une sténose pyloro-duodénale ; l'issue fatale s'est produite à la suite d'une gastro-entéro-anastomose pratiquée secondairement (ob. VI).

ACCIDENTS PULMONAIRES. — Parmi les trois observations de complications pulmonaires que nous rapportons ici, nous n'avons observé aucun décès.

Une première malade opérée de cholécystite gangréneuse (ob. XLI) présente, dans les jours qui suivent

l'intervention, une congestion pulmonaire qui évolue normalement vers la guérison.

Dans un autre cas, l'auscultation permet de déceler un foyer de congestion suivi d'un épanchement séro-fibrineux qui s'est également terminé d'une façon satisfaisante (ob. XXXVII).

Enfin une pneumonie bilatérale apparue chez une malade âgée de 43 ans, a évolué favorablement comme dans les cas précédents (ob. X). Ces accidents étaient pourtant survenus dans certains cas chez des personnes très infectées, avec un état général touché et un état local inflammatoire aigu.

Néanmoins, les accidents pulmonaires sont parfois excessivement graves et restent un des facteurs essentiels de la mortalité post-opératoire.

FISTULES. — Les cas de fistules que nous avons retenus sont consécutifs à des cholécystites calculeuses, dont l'une présente en même temps une lithiasse (ob. XX-XXXII). Parfois très longue à se refermer spontanément, on a été obligé, dans un cas, d'intervenir secondairement pour pratiquer un curettage du trajet fistuleux.

Ces séquelles sont fort heureusement exceptionnelles. Il s'agit presque toujours de fistules biliaires totales, avec décoloration des matières et l'écoulement bilieux débute dès les premiers jours qui ont suivi l'opération.

Elles sont dues souvent à une blessure accidentelle du cholédoque au cours de la cholécystectomie ; c'est là une complication grave et de cure difficile.

Les interventions pour ces fistules post-opératoires

sont grevées d'une assez lourde mortalité et les résultats éloignés sont toujours aléatoires.

ACCIDENTS D'INSUFFISANCE HÉPATIQUE. — Signalons parmi eux une éruption d'urticaire qui s'est produite après l'ablation des mèches de drainage sur une malade présentant une cholécystite calculieuse aiguë (ob. XXXVII).

ABCÈS RÉSIDUEL (ob. XV). — Un abcès résiduel sous-hépatique et sus-angulo-colique s'est collecté le vingtième jour après l'intervention. La guérison a été très rapide après une contre-ouverture ayant livré passage à une notable quantité de pus.

Conclusions sur les résultats immédiats

En somme, d'après l'analyse des conditions suivant lesquelles sont survenus les décès, nous voyons que, sur 90 cholécystectomies, la mort est imputable à l'intervention dans 5 cas seulement ; ce qui donne une mortalité post-opératoire de 5,5 %.

Si nous comparons avec les résultats obtenus par d'autres auteurs, nous trouvons que :

Calot signale une mortalité de 19 % ; Milhet donne dans sa thèse, en 1902, 14 décès pour 112 interventions ; Hernette enregistre 1 décès pour 12 cholécystectomies ; Hartmann enfin a constaté 12 décès sur 217 opérés. Une telle mortalité est tout de même à considérer, puisqu'elle est voisine de celle que l'on observe dans les opérations pour fibrome.

Parmi nos décès, nous n'avons constaté que des femmes, coïncidence curieuse sans doute, car la thèse de Chabannes, inspirée par MM. Tixier et Clavel, a montré que le chiffre de la mortalité, pour les opérations pratiquées sur les voies biliaires, est deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme.

Les péritonites, les abcès sous-phréniques ne sont pas très fréquents, car en réalisant la cholécystectomie sous-séreuse, on enveloppe le pédicule cystique dans un canal péritonéal, isolant ainsi la grande cavité abdominale contre toute contamination microbienne possible.

Cependant l'intervention n'est peut-être pas toujours la cause de la mortalité, car l'ablation de la vésicule biliaire est une opération aujourd'hui bien réglée, facilitée également par un outillage nouveau.

Le facteur en cause est peut-être l'état antérieur du malade, avant l'intervention.

Il est difficile de dire si des personnes qui ont présenté à un moment donné des lésions de leur cellule hépatique, n'en ont pas conservé quelque chose. Aussi, avant de les opérer, faut-il être bien certain de l'état de leur foie par la recherche de plusieurs tests tels que le coefficient de Maillard, l'azoturie, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, l'urobilinurie ; la recherche de l'élimination des sels biliaires par les urines et le taux de la cholestérine dans le sérum constituent également autant d'indications précieuses souvent difficiles à obtenir.

CHAPITRE II

Résultats éloignés

Etude analytique

La plus grande partie des opérés revus étaient en bonne santé, et les chirurgiens peuvent être, dans l'ensemble, satisfaits des résultats obtenus.

Certains malades, en effet, revenaient à nous complètement guéris, ayant repris leurs occupations comme autrefois.

A côté de ces personnes entièrement soulagées, il en existait d'autres présentant des troubles légers, digestifs ou hépatiques, mais qui cependant étaient satisfaites.

Nous avons enfin examiné quelques malades dont le résultat était médiocre ; ils se plaignaient des mêmes troubles qu'auparavant, ils n'avaient pas cessé de souffrir, par intermittence, depuis l'opération, bien que ces crises n'aient rien de comparable, comme importance avec des phénomènes douloureux antérieurs.

Nous n'avons pu, malheureusement, obtenir des précisions sur les opérés morts dans leur famille, au bout d'un certain temps après la sortie de l'hôpital. Dans ce chapitre, nous nous proposons d'établir l'analyse des troubles que nous avons cliniquement constatés ; il sera ensuite possible d'envisager les divers

groupes d'observations dans le but d'établir une sélection des bons résultats et des mauvais. Ces renseignements nous permettront, en les comparant au nombre de cas revus, de mettre en évidence la valeur de la cholécystectomie quant à ses résultats éloignés.

MALADES ENTIÈREMENT SOULAGÉS

Nous classons dans cette catégorie tout un groupe d'opérés ne suivant aucun régime, se déclarant entièrement guéris, et jouissant d'une santé parfaite. Malgré la présence d'un léger subictère avant l'intervention, faisant douter de la perméabilité du cholédoque, et le Professeur Tixier a beaucoup insisté là-dessus, tous sont complètement améliorés par la cholécystectomie, qui a supprimé d'un seul coup le lieu de l'infection. Les crises douloureuses antérieures ont cessé ; les crampes, les brûlures d'estomac, les lenteurs de digestion, le ballonnement après les repas, les céphalées ont définitivement disparu. Plus de vomissements bilieux, plus de diarrhée prandiale, et les selles, régulières et normales, ont succédé à la constipation chronique (ob. VII à XI).

Généralement, ces opérés ont repris leurs occupations, trois à quatre mois après l'intervention ; certains même, pressés par le besoin de gagner leur vie, se sont remis au travail quelques jours seulement après la sortie de l'hôpital, sans ressentir la moindre fatigue.

TROUBLES LÉGERS

Il existe une catégorie de malades qui ressentent des petits troubles, très légers même si on les compare à l'état antérieur à l'intervention. On peut dire de ces opérés qu'ils ne sont qu'incomplètement guéris de leurs symptômes hépatiques ou digestifs. Nous n'enviagerons, bien entendu, ici, que des séquelles de moyenne intensité, les malades intéressés étant néanmoins satisfaits de leur opération.

1° TROUBLES DIGESTIFS. — Ils se rencontrent le plus souvent ; le malade ne voit pas la constipation disparaître après l'intervention (ob. XVI, XVIII, XX, XXVII, XXXI, XLV). Fréquemment, c'est une constipation légère, qui survient par intermittence et qui est améliorée par le traitement médical. Quelquefois apparaît une diarrhée brunâtre qui peut prendre également le caractère de diarrhée prandiale (ob. XXII), ou qui se déclanche à la suite d'un écart de régime souvent même léger ; c'est ainsi que certains aliments tels que les sauces, les graisses sont susceptibles de la provoquer. Il suffit en effet d'interdire au malade leur absorption pour voir les fonctions intestinales se rétablir normalement (ob. XXIV). Parfois elle survient d'une façon continue, le malade ayant alors trois ou quatre selles par jour sans en être d'ailleurs autrement incommodé. Certains opérés se plaignent de ballonnement épigastrique après les repas, de céphalées, de sensation de pesanteur, d'endolorissement de la région hépatique. Leur digestion est pénible, elle s'effectue lentement, nécessitant souvent le décubitus

dorsal et l'application d'une boule d'eau chaude sur la région gastrique. Les éructations, les somnolences, les bâillements ne sont pas rares également (ob. XIX à XXVII, XXX, XXXI, XLI, XLIV, XLV).

Coïncidant avec une période de constipation, certains malades sont pris quelquefois de vomissements verdâtres de nature bilieuse (ob. XXIII, XLIII). La constipation peut aussi alterner avec les débâcles diarrhéiques (ob. XII), et ces dernières, dans quelques cas, font suite à des phénomènes digestifs et nauséux (ob. XXIV, XXX).

2° TROUBLES DOULOUREUX. — Parfois très légères, les douleurs peuvent revêtir dans certains cas l'aspect de véritable crise rappelant de loin les crises de coliques antérieures.

Nous envisagerons successivement les douleurs en rapport avec la cicatrice opératoire et les phénomènes douloureux d'origine hépatique.

a) *Douleurs de la cicatrice.* — Il n'est pas rare de rencontrer des malades se plaignant d'une sensation de picotement, de petits tiraillements au niveau de la cicatrice qui, apparemment, est parfaite. Ces troubles s'exagèrent pendant la marche, le changement de position ou les variations du temps (ob. XX, XXIII), et paraissent peut-être en rapport avec l'incision grâce aux adhérences qui se sont produites à ce niveau.

b) *Douleurs de type hépatique.* — Par contre, chez de nombreux malades, nous avons observé des douleurs intermittentes se manifestant tantôt par une sensation de pesanteur, d'endolorissement de l'hypocondre droit, mais sans irradiation (ob. XIV, XV,

XVII), tantôt la douleur, située dans la même région, irradie dans le dos et l'épaule droite (ob. XX à XXIII, XXVI) et s'accompagne de troubles gastriques et intestinaux légers. C'est ainsi qu'on remarque soit une tendance à la constipation, soit une tendance à la diarrhée ; au moment des périodes douloureuses, nous n'avons jamais constaté dans ces cas d'ictère ou de subictère.

Les douleurs apparaissent le plus souvent un certain temps après l'intervention ; elles se déclanchent à la suite d'un écart de régime, parfois à l'approche des règles (ob. XXI, XXIV, XXVII) et peuvent débiter deux ou trois heures après les repas, quelquefois au milieu de la nuit (ob. XXIII, XXV, XXXI).

Certains malades n'ont présenté qu'une ou deux crises isolées depuis l'intervention ; tantôt ces dernières surviennent périodiquement tous les deux à trois mois et nous avons eu l'occasion d'observer des opérées ayant souffert durant une année et qui, depuis, sont complètement soulagées (ob. XVII, XXI, XXIV, XXVI).

L'examen clinique montre à la palpation une cicatrice souple, parfois douloureuse à la pression, sans aucune éventration.

En général, les troubles que nous venons d'analyser ne sont pas incompatibles avec une vie régulière et active. Ces malades sont quelquefois obligés de suivre des traitements médicaux pour combattre soit la constipation, soit la diarrhée. Ils ne sont pas cependant strictement astreints à suivre un régime sévère et, d'ailleurs, bon nombre d'entre eux n'observent aucune règle de diététique.

Plusieurs ont subi depuis de nouvelles interventions: hystérectomies, ovariectomies qui ont été pratiquées sans le moindre accident. Nous avons également observé des grossesses et toutes ces opérées continuent néanmoins leurs occupations.

AMÉLIORATIONS PARTIELLES AVEC TROUBLES GRAVES

De tels accidents sont fort heureusement très rares après la cholécystectomie ; nous en avons seulement observé deux cas (ob. XXVIII, XXXII).

Les phénomènes douloureux prennent l'aspect de véritables crises de coliques hépatiques, débutant sous les fausses côtes, au niveau de la cicatrice, pour se diriger ensuite dans le dos et l'épaule droite, exactement comme avant l'intervention. A ces symptômes s'ajoutent de l'ictère et de la fièvre. En même temps que des douleurs gastriques, la malade présente des alternatives de diarrhée et de constipation ainsi que d'importants vomissements bilieux conditionnés surtout par les écarts de régime.

Ces poussées d'ictère chronique avec coliques se voient aussi bien dans les cholécystites lithiasiques que dans les non lithiasiques et tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que la récurrence des calculs, après cholécystectomie, ne se voit plus grâce aux perfectionnements de la technique. En réalité, il s'agit presque toujours d'un calcul méconnu lors de la première intervention (Judd, Kehr, Hartmann), ou bien la récurrence s'explique par la migration secondaire de

calculs intra-hépatiques que l'opération première n'avait pu déceler.

On peut admettre également, pour expliquer ces troubles graves, l'existence d'adhérences fusionnant le foie, le côlon, le duodénum et le pédicule hépatique. Ces adhérences, très serrées, déterminent une compression extrinsèque du conduit et constituent, au point de vue opératoire, une difficulté considérable pour l'accès du cholédoque.

Mais, comme l'ont montré Gosset et Petit-Dutaillis, la pancréatite est la cause la plus fréquente de ces récidives douloureuses avec ictère.

TROUBLES SANS RAPPORT

AVEC LE FOIE ET LES VOIES BILIAIRES

Certains malades ont consulté un médecin ou un chirurgien pour des troubles n'ayant aucun rapport avec la cholécystectomie.

Deux de nos opérées se plaignaient, en effet, de phénomènes douloureux localisés dans la région abdominale ; un examen gynécologique complet a fait connaître qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire (ob. VIII, XXXVIII). Les troubles se sont d'ailleurs complètement amendés dès l'instant où ces tumeurs ont été extirpées.

Il est souvent important de s'assurer si les douleurs sont ou non d'origine hépatique ou biliaire. Parfois, c'est une appendicite chronique qui déclanche ces douleurs post-opératoires. Le rein est souvent en cause, qu'il s'agisse seulement de ptose, si fréquente chez les

malades de lithiase urinaire associée à la lithiase biliaire, de pyélonéphrite, complication fréquente des cholécystites non lithiasiques.

L'estomac, le duodénum doivent être examinés avec persévérance en multipliant les radiographies chez les malades accusant des douleurs gastriques tardives. Il peut s'agir parfois, comme l'ont mis en relief plusieurs auteurs, d'un ulcère méconnu, et une gastro-entérostomie est capable d'amener un soulagement définitif.

ÉVENTRATIONS

Les éventrations sont rarement rencontrées et généralement peu marquées, nous en avons observé trois. Deux d'entre elles principalement se sont produites après des cholécystectomies ordinaires non sous-séreuses et des incisions de Kocher et de Max Schuller. Notons également que ces éventrations sont consécutives à des cholécystites suppurées ou gangréneuses (ob. XXXIX à XLI).

Ces résultats sont à l'avantage de la cholécystectomie sous-séreuse et de l'incision de Kehr qui permettent, d'une part, la réduction du drainage, et d'autre part la reconstitution excellente de la paroi, tout en donnant un jour très large.

Les éventrations peuvent entraîner la ptose du foie, elles s'accompagnent dans certains cas d'adhérences épiploïques déterminant des troubles de la circulation duodénale et colique.

Conclusions sur les résultats éloignés

Nous envisagerons successivement les résultats pour les cholécystites calculeuses et pour les cholécystites non calculeuses.

a) *Cholécystites calculeuses aiguës ou chroniques* (36 observations). Nous avons revu 8 malades en parfaite santé, ne suivant aucun régime, ne se plaignant d'aucun trouble douloureux hépatique ou digestif.

Vingt-six opérés ressentent quelques légers troubles, huit d'entre eux ne suivent pas de régime, mais éprouvent seulement des difficultés pour digérer, les autres présentent des phénomènes douloureux et digestifs.

Dans 2 cas seulement nous avons constaté des troubles graves.

Si nous considérons, dans ce même groupe, les cholécystites aiguës suppurées, nous trouvons, sur 9 observations :

2 très bons résultats.

4 malades se plaignant de troubles excessivement légers.

3 opérés présentant des éventrations accompagnées de petits troubles.

b) *Cholécystites non calculeuses* (4 observations).

Tous les malades revus présentent de légers troubles ; certains opérés même ont ressenti des crises de coliques, sans fièvre ni ictère.

Une statistique récente de MM. Villard et Duclos porte sur 123 cas, dont 29 observations de résultats parfaits d'emblée, 81 opérés se plaignent de petits troubles, et 13 malades ont accusé des troubles graves.

En somme, les résultats sont sensiblement les mêmes dans les suites des diverses variétés de cholécystites calculeuses. Comme l'ont montré MM. Gosset et Petit-Dutaillis, au *Congrès de la lithiasse biliaire de Vichy*, les résultats pour ces différentes formes anatomiques ne dépendent pas du degré des lésions vésiculaires, mais de l'état antérieur des malades. Ceux qui ont eu des crises douloureuses sont ceux qui ont le plus de chances de tirer bénéfice de l'intervention. Dans l'ensemble des cas, les suites éloignées des cholécystites non calculeuses sont médiocres, car on rattache parfois à tort à la vésicule le syndrome de la colique hépatique.

Si la cholécystectomie ne laisse pas de troubles très graves, elle laisse souvent une série de troubles plus légers, en particulier des troubles digestifs.

Nous avons remarqué, en effet, que les fistules biliaires sont rares, car on applique la règle systématique d'explorer la voie biliaire principale ; les éventrations sont peu fréquentes et peu marquées.

Les récidives de crises ne sont pas très nombreuses et apparaissent souvent les premiers mois qui suivent l'intervention. Les crises de coliques vraies avec ictère et température se rencontrent aussi très rarement.

Les troubles digestifs, par contre, sont fréquents, mais sans aucune gravité ; ces derniers existaient, d'ailleurs, avant l'intervention ; ils ont été améliorés dans de nombreux cas et souvent même supprimés.

Si nous envisageons les troubles graves, nous observons que les phénomènes douloureux, parfois accompagnés de troubles digestifs, ont persisté ou récidivés et

altèrent l'état général ; même dans ces cas, les crises véritables semblent moins fortes et moins fréquentes.

Les réinterventions sont très rares et la cholécystectomie est l'opération qui donne le plus de sécurité, à condition qu'elle soit pratiquée suivant des indications judicieusement posées.

Observations

Malades décédés

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour troubles par coudure de la vésicule.

Mme Ch..., 59 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 20 novembre 1923, pour des crises hépatiques.

Ses antécédents ne révèlent rien de particulier.

Le début de l'affection date de 1915. Au milieu de la nuit la malade avait ressenti une violente douleur au creux épigastrique, avec irradiation dans les lombes et vers l'épaule droite. Le lendemain était apparu un subictère passager, accompagné d'une décoloration des matières.

En juin 1919, nouvelles crises, se succédant pendant deux mois, sans fièvre, et se terminant par des vomissements bilieux abondants. Depuis, la malade éprouvait des difficultés pour digérer, des pesanteurs gastriques, et les douleurs étaient surtout réveillées par la prise d'aliments gras.

En juillet 1923, les malaises et les troubles digestifs augmentent pour se calmer ensuite au moment de l'entrée à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons une malade amaigrie, dont l'abdomen est souple. On ne sent pas la vésicule, mais la pression au point vésiculaire réveille une douleur très nette. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Intervention, le 26 novembre, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale. Incision de Récamier montrant une vésicule déplacée en dehors dont le fond distendu se plie au niveau du bord inférieur du foie qui est petit. Il existe une adhérence de la vésicule au duodénum, aucun calcul dans la vésicule et le cystique. L'exploration du pylore, du duodénum et de la petite courbure est négative.

Cholécystectomie sous-séreuse selon le procédé Tixier, avec mise en place d'un drain au contract du moignon cystique ; fermeture de la paroi.

Examen de la pièce. Vésicule du volume d'une petite aubergine de couleur rosée, sans épaissement des tuniques externes, sans péricholécystite ; il s'agit d'une inflammation limitée à la muqueuse qui détermine ces troubles, si l'on n'admet pas l'origine purement mécanique de la distension vésiculaire.

Suites opératoires. La malade est très choquée ; le lendemain elle présente un subictère généralisé accompagné d'un pouls rapide. Décès le 2^e jour.

OBSERVATION II (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie ordinaire pour cholécystite avec hydropisie intermittente.

Mme B..., 30 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 25 janvier 1926, pour des douleurs sous-costales droites.

Ses antécédents ne révèlent rien de particulier.

Au mois de décembre dernier, après un repas copieux, la malade a ressenti dans la nuit des douleurs abdominales diffuses accompagnées de frissons et de vomissements. Le lendemain ces phénomènes se reproduisent d'une façon identique, la douleur siégeant avec son maximum d'intensité au

niveau de l'hypochondre droit. On n'a pas constaté d'ictère, ni de température ; les matières n'étaient pas décolorées.

Une violence crise s'est déclenchée il y a quinze jours, avec des douleurs atroces en ceinture, calmées seulement par la morphine.

Actuellement la malade ne présente pas de température°; légèrement amaigrie, elle éprouve un certain dégoût pour les graisses et se plaint d'une constipation opiniâtre.

A l'examen on ne perçoit pas d'augmentation de volume de la vésicule ; point douloureux sous les fausses côtes ; le foie n'est pas augmenté de volume.

Intervention le 6 février 1926 par le Professeur Tixier.

Incision pararectale droite montrant une vésicule rouge, tendue, adhérente au côlon transverse et au duodénum.

On branche immédiatement l'incision de Kehr, dans le but de pratiquer une cholécystectomie ordinaire. Ligature de l'artère cystique. Section du cystique après ligature ; ce dernier est petit, fibreux et ratatiné. Les voies biliaires principales sont normales.

Misé en place d'une mèche de drainage et fermeture de la paroi.

Examen de la pièce. Grosse vésicule rouge violacé, à parois épaisses contenant une bile noirâtre et deux calculs ; l'un situé dans le fond, l'autre dans le bassinet.

Suites opératoires. Pendant les trois premiers jours, les douleurs sont plus vives qu'à l'ordinaire.

Au 3^e jour, le suintement par la mèche est franchement purulent ; puis, progressivement, chaque jour on la retire légèrement.

Au 7^e jour, la mèche venant avec la plus grande facilité on l'enlève sans tractions violentes et sans provoquer des douleurs. A ce moment il s'écoule une petite collection séro-purulente. Un drain est immédiatement placé dans la loge vésiculaire.

Le soir même la température monte à 39°5, le pouls à 140, et la malade meurt quelques jours plus tard de septicémie péritonéale.

OBSERVATION III (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse avec hydropisie de la vésicule.

Mme M..., 54 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 6 octobre 1921, venant du service du Professeur Favre.

L'affection actuelle a débuté, il y a un mois, par une asthénie très marquée, par l'apparition de douleurs abdominales vagues et d'une constipation progressive.

A l'examen, la malade est très amaigrie, son abdomen légèrement ballonné présente une circulation veineuse abondante. On sent dans le flanc droit une masse du volume d'un petit œuf, allongée verticalement, immédiatement sous-jacente à la paroi, relativement mobile et légèrement douloureuse.

Radiographie. L'examen au tétraiode ne permet pas de voir l'ombre vésiculaire.

Réaction de Weber : négative.

Intervention, le 11 octobre 1921, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision pararectale droite qui donne issue à une quantité notable de liquide ascitique ; on se demande s'il ne s'agit point d'un cancer.

On agrandit l'incision suivant le procédé Tixier^e ; une énorme vésicule apparaît contenant près d'un demi-litre de liquide d'hydropisie. On pratique une cholécystectomie sous-séreuse après ponction de la vésicule, cette dernière éclate au moment de la déperitonisation, laissant échapper 25 à 30 calculs, dont deux très gros à facettes.

Le cystique est gros et dur ; la présence de ganglions fait soupçonner un néoplasme.

Ligature de l'artère cystique. Fermeture du moignon cystique et reconstitution du trajet sous-séreux autour d'un drain

Fermeture de la paroi laissant seulement sortir le drain.

Le 20 octobre, la malade meurt de cachexie.

OBSERVATION IV (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie ordinaire pour cholécystite calculieuse.

Mme A..., 59 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 4 décembre 1923, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

Les antécédents nous apprennent une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans, un érysipèle à 28 ans, deux grossesses, et un éthylisme léger.

Depuis longtemps la malade est sujette à des digestions pénibles, sans douleur nette et sans vomissements.

Le mois dernier, elle a été prise de douleurs violentes siégeant sous le rebord costal droit et irradiant dans le dos. Le lendemain apparaît une teinte jaune des conjonctives et un subictère généralisé; les matières sont complètement décolorées et les urines foncées. Pendant la crise la température s'est légèrement élevée.

Actuellement, la malade présente un ictère généralisé assez prononcé avec des traces de grattage sur l'abdomen. L'état général est bon.

A l'examen, on aperçoit, à certains moments seulement, une tuméfaction dans la région vésiculaire. La palpation permet de sentir nettement la vésicule; on a même l'impression qu'elle contient un volumineux calcul. Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Intervention, le 12 décembre 1923, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr montrant une grosse vésicule à fond tendu, sans adhérences.

On amorce un décollement sous-séreux, mais celle-ci est tellement distendue qu'elle éclate laissant écouler un liquide muco-purulent. Il est impossible de découvrir le carrefour hépatique qui est perdu dans un noyau fibreux, véritable gangue scléreuse au-dessus de laquelle le canal hépatique est dilaté à l'extrême. On pense à un calcul ou à un cancer de la tête du pancréas. Comme il paraît impossible de lever l'obstacle on se décide à pratiquer une dérivation dans le duodénum.

Brusquement la malade est prise d'une syncope qui n'a pu être enrayée.

OBSERVATION V (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculuse, avec calculs du cholédoque et de l'hépatique.
Mort 10 mois plus tard de complications pulmonaires tuberculeuses.*

Mme L..., 42 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 31 octobre 1919, pour des douleurs abdominales.

Dans les antécédents nous trouvons une rougeole et une grossesse.

Le début de l'affection remonte à six ans ; la malade souffrait de violentes douleurs en ceinture, sans vomissements, sans fièvre, sans décoloration des matières fécales.

La dernière crise, qui remonte à trois semaines, se caractérisait par des douleurs irradiées dans tout le tronc et de l'ictère ; la température était à 39°6 ; on ne constatait pas de vomissements ni de décoloration des matières fécales.

Intervention, le 17 novembre 1919, par le Professeur Tixier.

Incision de Kehr, montrant une vésicule ratatinée, adhérente sur une large surface à l'angle droit du côlon, dont on la sépare après ligature de ces adhérences déjà organisées.

Cholécystectomie sous-séreuse ; ouverture du cystique largement dilaté ; le cathétérisme du cholédoque est impossible, car ce dernier contient douze calculs que l'on extirpe successivement ; on explore ensuite l'hépatique d'où l'on retire trois calculs à facettes.

Mise en place de deux drains, l'un dans l'hépatique, l'autre dans le cholédoque. Enfouissement sous le revêtement séreux, et fixation de l'entonnoir vésiculaire au péritoine pariétal en laissant passer exactement les deux drains.

Examen de la pièce. Vésicule ratatinée, à paroi épaissie, contenant de nombreux calculs.

Suites opératoires. Le 19 novembre, on enlève les drains.

Le 24 novembre la température oscille entre 38 et 38°5, puis revient à la normale.

Le 5 janvier 1920, la malade quitte le service ; elle avait, pendant huit jours, une expectoration purulente, mais actuellement l'état pulmonaire est parfait ; l'appétit revient, elle se sent mieux.

Au début d'avril, elle ressent des coliques vives, avec ballonnement du ventre et élévation de température.

Le 20 avril, une fistule s'ouvre au niveau de la cicatrice, laissant écouler une certaine quantité de pus épais. Quinze jours après, la malade constate que son pansement est inondé de bile.

Le 1^{er} mai, elle revient dans le service ; deux jours plus tard, au milieu d'une quinte de toux elle rejette une grosse quantité de pus. Cette vomique se répète encore dans les jours qui suivent ; température = 38°.

La radiographie montre une obscurité à la base droite, sans la moindre collection purulente.

La malade passe alors en médecine dans le service du Professeur Savy où elle est soumise à un examen pulmonaire complet.

Le 5 juin, après résection d'une côte, on est conduit, en avant du poumon, au niveau de la ligne axillaire, sur une poche purulente contenant à peu près un verre de pus ; ce der-

nier ne contient pas de bile et n'est pas fétide. L'exploration de la cavité ne permet pas de percevoir une communication du côté du foie ou du poulmon.

Le 29 septembre. Décès de la malade.

L'autopsie montre des lésions pulmonaires tuberculeuses, mais on ne trouve que des nodules, pas de cavernes.

La région biliaire est constituée par un bloc d'adhérences et de fausses membranes fixées sur la moitié droite du côlon transverse et sur les facès inférieure et convexe du foie. Il existe également un trajet transdiaphragmatique ; on n'a pas trouvé d'abcès hépatique.

OBSERVATION VI (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour lithiase biliaire.

Mme B..., 51 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 23 décembre 1926, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

Les antécédents nous révèlent une grossesse ; pas de maladie infectieuse.

Le début de l'affection remonte à deux ans, caractérisé par une douleur intermittente au niveau du foie, quelques vomissements auxquels la malade n'attache aucune importance.

Depuis quatre mois, les phénomènes douloureux sont plus intenses et surviennent environ deux à trois heures après les repas ; l'absorption de graisses et de sauces les provoquent facilement. La douleur siège dans l'hypochondre droit, irradiant ensuite dans le dos et la crise se termine généralement par des vomissements bilieux. La température montait à 38°, mais la malade n'a jamais constaté d'ictère au moment des crises.

Actuellement, on constate un amaigrissement considérable (10 kilos en 4 mois). Absence de température et d'ictère.

Cholécystographie. Le tétraiode montre une ombre très incertaine dans la région vésiculaire.

Intervention le 10 janvier 1927, par le Professeur Tixier.

Incision pararectale droite permettant de voir une vésicule bleutée, distendue, ne contenant pas de calcul.

Transformation de l'incision en incision Kehr-Tixier, on perçoit, au niveau du cystique, un point dur donnant l'impression d'un calcul du cystique, ce qui expliquerait l'état d'hydropisie intermittente de la vésicule.

Cholécystectomie rétrograde non sous-séreuse, par suite d'une déchirure du foie obligeant à un drainage sous-hépatique. L'exploration du cholédoque et de l'hépatique est négative. Mise en place d'un drain dans le cholédoque et de compresses sous le foie.

A noter une infiltration circonférencielle des tuniques gastriques en deçà de l'antrum pylorique ; mais l'opération ayant été déjà suffisamment longue il est impossible de pratiquer maintenant une gastro-entéro-anastomose. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Le 12 janvier, la malade souffre beaucoup et présente un ictère.

Le 14 janvier, l'ictère se fonce de plus en plus, les douleurs sont très intenses ; ablation du drain.

Le 15 janvier, l'ictère a diminué, mais les douleurs persistent ; la bile coule en grande partie par la plaie.

Le 20 janvier, on enlève une partie de la mèche.

Le 15 février, les signes de sténose gastro-pylorique s'exagérant chaque jour, on se décide à une nouvelle intervention pour pratiquer une gastro-entéro-anastomose.

Le 18 février, les vomissements bilieux continuent sans cesse depuis l'opération.

Le 27 février 1927, la malade meurt.

Malades revus

Cholécystites calculeuses

OBSERVATION VII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 5 ans.

Mme Ch..., 28 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 5 septembre 1928, pour des douleurs du côté du foie.

Pas d'antécédents particuliers à retenir. Quatre grossesses, la dernière remontant à dix-huit mois.

L'affection actuelle a débuté il y a un an par une crise douloureuse qui a duré trois jours ; ces phénomènes douloureux siégeaient à l'épigastre, sans irradiation notable, accompagnée de température, sans vomissements. Puis apparut un ictère très prononcé qui dura quinze jours, avec prurit, fièvre, urines foncées, selles décolorées. La malade n'a plus rien ressenti pendant une année, sauf quelques digestions pénibles et une anorexie pour les graisses.

Il y a six semaines, une seconde crise est apparue semblable à la première ; une troisième crise analogue s'est produite encore il y a huit jours.

4 *l'examen*, la malade présente du subictère, elle n'a plus de température.

L'appétit est nettement diminué, elle a maigri de 5 kilos. Constipation assez prononcée, selles décolorées, urines très foncées mais non diminuées.

Coefficient de Maillard : 6,3 %.

Intervention. — Le 18 septembre 1928, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr. Il s'agit d'une cholécystite lithiasique,

avec quelques adhérences entre la face inférieure de la vésicule et le duodénum. Après avoir décollé ces adhérences on pratique une cholécystectomie sous-séreuse suivant le procédé Tixier. On place une mèche sous-hépatique par suite d'une légère déchirure du foie.

Examen de la pièce. — La vésicule renferme un gros calcul muriforme, gros comme une noisette, et une dizaine de petits calculs à facettes ; l'un d'eux est enclavé dans le cystique.

Suites opératoires. — Bonnes ; le 12 octobre 1928 la malade quitte le service.

Suites éloignées (février 1933). — Excellente cicatrice ; pas d'éventration ; a porté une ceinture pendant un mois seulement. Digère bien. Très bon résultat par ailleurs ; a grossi de 22 kilos.

OBSERVATION VIII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculueuse
subaiguë. Suites-éloignées : 8 ans.*

Mme Ch..., 24 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 21 janvier 1925, pour un syndrome douloureux de l'épigastre.

Les antécédents ne montrent rien de particulier à part deux grossesses.

L'affection actuelle remonte à un an ; brusquement, la malade a ressenti de violentes douleurs au creux épigastrique, irradiant vers l'épaule droite, accompagnées de vomissements bilieux et alimentaires. La température n'a pas été prise. Pas d'ictère. Les crises douloureuses duraient environ une heure, et se renouvelaient tous les mois.

Le 13 décembre 1924, nouvelle crise plus intense avec frissons, abondantes sueurs, violentes douleurs nécessitant des piqûres de morphine ; vomissements alimentaires et bilieux ; la température était très élevée, mais on n'a pas constaté d'ictère.

Actuellement, la malade a un teint normal, aucun trouble digestif ; température : 38°.

A l'examen, l'abdomen est souple ; on ne sent pas la vésicule.

Intervention le 5 février 1925, par le Professeur Tixier.

Incision de Sprengel, montrant la vésicule dont le fond adhère à l'épiploon. Libération des adhérences.

Cholécystectomie rétrograde sous-séreuse ; on incise le péritoine au niveau du col. Ligature de l'artère cystique. Section du canal cystique, suivie de sa ligature après une exploration négative. Un drain est placé dans le lit vésiculaire et recouvert par le péritoine.

Fermeture totale, laissant seulement sortir le drain, avec fixation du péritoine vésiculaire au péritoine pariétal.

Examen de la pièce. — Vésicule de la grosseur d'une figue, à paroi œdémateuse, muqueuse framboisée et hypertrophiée. Le fond vésiculaire contient un calcul unique, jaune clair, friable, s'écrasant sous les doigts.

Suites opératoires. — Sans incident ; la malade sort le 20 février complètement cicatrisée.

Suites éloignées (mars 1933). — Elle a repris ses occupations immédiatement après.

La cicatrice est parfaite, indolore, sans éventration.

L'opérée déclare ne plus souffrir du foie, elle digère très bien et ne suit aucun régime. Elle a même subi une seconde opération pour un kyste de l'ovaire droit.

Très bon état général.

OBSERVATION IX (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour lithiase vésiculaire.

Suites éloignées : 5 ans.

Mme G..., 42 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 6 mars 1928, pour des douleurs de l'hypochondre droit.

Les antécédents révèlent une grossesse, pas de maladie infectieuse. L'affection actuelle remonte à quatorze mois. A cette époque la malade a présenté des douleurs sous les fausses côtes droites, qui depuis n'ont jamais disparu. Elles surviennent par crises à intervalles variables, sont peu en rapport avec les repas, apparaissent surtout la nuit entre minuit et trois heures du matin. Elles sont de durée variable, très vives, localisées à l'hypochondre droit, avec irradiation dans le dos et l'épaule. La malade n'a pas pris sa température, mais elle a cru percevoir à différentes reprises, une sorte de boule dépassant le rebord costal ; elle n'a jamais constaté d'ictère après la crise.

Sous l'influence d'un traitement hygiéno-diététique, une amélioration s'est produite, puis une nouvelle crise est encore survenue il y a quinze jours.

Actuellement, la température est aux environs de 38°. Teint légèrement jaunâtre avec subictère des conjonctives.

A l'examen de l'abdomen, on note une légère sensibilité du creux épigastrique et de l'hypochondre droit. Le point vésiculaire est entièrement douloureux. La palpation met en outre en évidence, sous le rebord costal droit, une tuméfaction du volume d'un œuf, lisse, légèrement douloureux qui paraît bien être la vésicule.

La malade présente en plus des troubles dyspeptiques : ballonnement, pesanteur épigastrique après les repas, aucun vomissement.

Radiographie. — L'examen après tétraiode n'a pas permis de déceler la vésicule ce qui permet de penser à une cholécystite calculeuse avec oblitération probable du cystique par un calcul.

Temps de saignement : 4' ; *temps de coagulation* : 8' ; *Coefficient de Maillard* : 3,5 % ; *quantité d'urée dans les urines* : 15 gr. par litre.

Intervention le 19 mars 1928, par le Professeur Tixier, sous rachianesthésie.

Incision de Kehr-Tixier en deux temps, montrant une vésicule hydropique. Cholécystectomie sous-séreuse suivant le procédé Tixier : double ligature sur le cystique et section ; ligature de l'artère cystique.

Reconstitution de l'entonnoir séro-séreux sur un drain. Suspension du péritoine vésiculaire au péritoine pariétal. Fermeture complète de la paroi, en laissant sortir le drain.

Examen de la pièce. — Vésicule grosse comme une petite aubergine, hydropique, contenant, dans le bassinet et le cystique, plusieurs calculs qui déterminent une véritable occlusion de l'organe.

Suites opératoires excellentes. Le 19 avril 1928 la malade sort en bonne santé.

Suites éloignées (mars 1933). — La cicatrice est excellente, sans éventration.

La malade ne souffre plus du foie, elle ne suit pas de régime, ne vomit pas, son état général est très bon. Pas de constipation.

OBSERVATION X (*Inédite*) (Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 1^{er} an.

Mme B., 43 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 13 décembre 1932, où elle est envoyée par le Professeur Savy pour des crises douloureuses hépatiques.

Les antécédents révèlent sept grossesses.

L'affection actuelle date de cinq ans ; depuis ce moment la malade a présenté des phénomènes douloureux survenant après les repas du soir. La douleur débute au creux épigastrique pour se diriger vers l'hypochondre droit, vers l'épaule droite et dans le dos ; sensation de striction très intense. Les crises, qui durent toute la nuit, parfois même le jour suivant, sont

accompagnées de nausées, de vomissements alimentaires et bilieux, ne parvenant pas à calmer la douleur ; elles se caractérisent aussi par des frissons, du subictère des conjonctives, constaté les jours suivants, de la décoloration des matières et des urines foncées. La température n'a pas été prise par la malade à ce moment-là.

Actuellement on n'observe pas de fièvre.

A l'examen l'abdomen est adipeux, sans contracturé ; la vésicule n'est pas perçue, mais on réveille un point douloureux dans la région vésiculaire.

La Radiographie, après tétraïode, ne permet pas de voir la vésicule.

Le tubage duodénal montre l'absence de bile vésiculaire.

Intervention, le 22 décembre 1932, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision d'exploration permettant de voir que la vésicule est malade, complétée par une incision d'extirpation.

On extériorise doucement le foie et on pratique une cholecystectomie rétrograde ; ligatures séparées de l'artère cystique et du canal cystique. Un gros drain est placé au contact du cystique.

Suites opératoires. — Le 24 décembre 1932, la malade est légèrement dyspnéique, la température est montée à 39 ; l'examen pulmonaire permet de faire le diagnostic de pneumonie bilatérale.

Le 8 janvier 1933, l'écoulement biliaire qui s'était produit après l'ablation du drain est complètement tari.

Le 2 février, la malade sort guérie.

Suites éloignées (avril 1933). — La malade reprend ses occupations une semaine après. Bonne cicatrice, légèrement sensible ; pas d'éventration.

Actuellement elle digère bien ; pas de somnolence après les repas ; ne suit pas de régime ; aucun trouble gastrique.

OBSERVATION XI (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 4 ans.

Mme Ch..., 52 ans; entre Salle Sainte-Anne, le 4 novembre 1929, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

Elle a déjà été opérée il y a vingt-quatre ans d'une castration gauche à la suite d'une salpingite.

Le début de l'affection actuelle remonte à cinq ans ; la malade ressentait alors des douleurs sous-chondro-costales, très vives, irradiées à l'épaule droite, survenant environ une heure après les repas, surtout le soir ; la crise durait de cinq à six heures. Chaque épisode était unique et isolé, la malade n'éprouvait plus de douleurs pendant deux jours, parfois même un mois, avant que survienne une nouvelle crise.

Dès que le régime prescrit n'était pas strictement suivi le syndrome douloureux réapparaissait. A noter quelques troubles urinaires : pollakiurie légère, avec urines claires.

A l'examen, on sent une masse piriforme mobile et douloureuse, à 10 centimètres environ au-dessous du rebord costal. A ce niveau, la malade accuse une douleur très vive à la pression. Le foie n'est pas perçu. La masse considérée présente le contact lombaire.

Radiographie. — Le tétraiode montre une ombre vésiculaire déplacée en dehors et très prolabée.

Intervention, le 9 novembre 1929, par le Professeur Tixier.

Incision pararectale droite, montrant une grosse vésicule très adhérente au côlon transverse.

Transformation de l'incision en incision de Kehr.

Cholécystectomie rétrograde. L'artère cystique n'a pu être isolée, on fait alors plusieurs ligatures hémostatiques de ses branches. L'exploration du cystique et du cholédoque, qui sont tout petits, montre l'absence de dilatation ou de rétention. On

place un drain au contact du moignon cystique, dans le tunnel séreux ; une mèche de gaze est étalée sous le foie, car il existe un suintement biliaire et sanguin. Fermeture à l'ordinaire.

Examen de la pièce. — Vésicule énorme, en forme d'aubergine, d'une longueur de dix centimètres, dont les parois présentent quelques petits kystes hématiques. A l'intérieur se trouve un énorme calcul unique, qui était probablement dans le bassinnet d'où il s'est échappé par pression.

Suites opératoires. — Le 16 décembre 1929, la malade conserve un peu de température ; on perçoit dans la région hépatique un gros gâteau épiploïque inflammatoire, résidu du drainage sous-hépatique.

Le 21 décembre 1929, on commence des séances de diathermie.

Le 25 décembre 1929, le gâteau a disparu en grande partie ; la malade quitte le service, mais continue cependant les séances de diathermie jusqu'au 28 janvier 1930.

Suites éloignées (mars 1933). — Excellent état. Bonne cicatrice. Elle ne souffre plus, elle digère bien sauf les graisses, les œufs et le chocolat ; bon état général.

OBSERVATION XII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 3 ans.

Mme T..., 60 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 4 novembre 1930, envoyée par le Professeur Tixier, pour cholécystite calculeuse.

Les antécédents ne montrent rien de particulier.

Le début, qui remonte à un mois, s'est manifesté par des troubles digestifs variés et imprécis. La malade digérait péni-

blement les sauges et présentait de légères douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiation dans l'épaule droite. Elle n'a pas eu d'ictère.

Actuellement, l'état général est bon. Elle ressent quelques tiraillements dans la région sous-hépatique. Température : 37°5.

A l'examen. — L'abdomen est très souple, indolore. Le foie est augmenté de volume. On perçoit un peu à droite et au-dessous de l'ombilic une petite tumeur en dôme arrondie, non douloureuse.

Le tubage duodénal ne permet pas de retirer de bile vésiculaire ; on extrait de 40 à 50 cc. de bile claire uniformément teintée.

La radiographie, après tétraiode, montre une vésicule exclue. La palpation dans la région vésiculaire, pendant un nouvel examen, a permis de sentir des froissements légers au moment de la respiration, simulant une crépitation neigeuse.

Sous l'influence du repos et de la glace la vésicule diminue de volume ; la malade n'a plus de température ; le coefficient de Maillard est bon.

Intervention, le 13 novembre 1930, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale. Cholécystectomie sous-séreuse.

Incision pararectale droite, l'exploration permettant de voir une grosse vésicule. On pratique alors une incision transversale du grand droit type Kehr.

La vésicule est rapidement libérée de ses adhérences avec l'épliploon et le côlon transverse.

Dissection de la collerette séreuse jusqu'au cystique suivie de l'exploration du canal hépatique et du cholédoque.

Ligature de l'artère cystique. Double ligature du canal cystique et section de ce dernier.

Reconstitution du canal séro-séreux et fermeture de la paroi après avoir fixé l'entonnoir séreux au péritoine pariétal.

Examen de la pièce. — La vésicule contient de la bile légèrement louche, et une multitude de calculs composés surtout de cholestérine.

D'après les résultats de la radiographie et du tubage duodénal, cette malade présentait un syndrome d'hydropisie intermittente, ordinairement symptomatique d'un calcul unique, alors qu'en réalité nous avons trouvé une multitude de calculs.

Suites opératoires satisfaisantes.

Le 28 décembre 1930, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933). — La malade a repris ses occupations un mois après. Excellente cicatrice. Pas d'éventration. Pas de douleur.

N'a plus souffert du foie. Malaises pendant la digestion. Pas de céphalées, pas de somnolences. Difficultés à digérer les œufs, les graisses, le chocolat. Pas de régime.

Pas de troubles digestifs marqués, sauf une alternance de diarrhée et de constipation.

Se fatigue facilement. A grossi de 7 kilos.

OBSERVATION XIII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse ayant simulé la lithiase cholédocienne.

Suites éloignées : 4 ans.

Mme R..., 27 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 23 avril 1929, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

L'affection actuelle a débuté il y a deux ans, à la suite d'une grossesse, par des troubles gastriques banaux ayant l'aspect d'une dyspepsie flatulente, et accompagnés d'un amaigrissement de 17 kilos. Sur ce fond douloureux constant sont venus se greffer plusieurs épisodes aigus, caractérisés par des douleurs en ceinture prédominant à droite, irradiant en arrière entre les épaules, des vomissements, un ictère plus ou moins foncé, une ascension thermique ne dépassant pas 38°.

Depuis le début de l'évolution, la malade a présenté en tout quatre crises, la dernière datant des premiers jours d'avril.

A l'entrée la malade souffre dans la région épigastrique, elle a des nausées ; température : 37°6.

A l'examen, l'abdomen est souple, mais il existe un endolorissement de tout l'hypochondre droit. Point douloureux cholédocien, et, dans la fosse iliaque droite, le point de Mac Burney est également sensible.

Radiographie. — Le tétraïode ne montre aucune image vésiculaire, par conséquent il s'agit d'une cholécystite avec vésicule exclue.

Intervention, le 6 mai 1929, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr-Tixier. Cholécystectomie sous-séreuse typique. Le cathétérisme du cholédoque montre que la voie principale est absolument libre ; l'hépatique est également perméable. En réalité, il s'agit d'un cas où les seules lésions constatées (cholécystite calculeuse avec nombreux calculs) ont en réalité simulé exactement la symptomatologie d'un calcul du cholédoque.

Mise en place d'un drain de Kehr et d'une petite mèche au-dessus du canal séro-séreux, car en un point le drain est légèrement serré par le surjet d'enfouissement.

Suites opératoires excellentes ; un écoulement de bile noire survient dès le lendemain, ce qui indique que le drainage du cholédoque était nécessaire.

Le 22 mai : ablation du drain ; diminution rapide de l'écoulement durant les jours qui suivent.

Suites éloignées (avril 1933). — Reprise des occupations un mois après.

Cicatrice excellente, parfois douloureuse, sans éventration. La malade n'a plus souffert du foie, elle digère très bien, mais éprouve un certain dégoût pour les œufs et les graisses.

Aucun trouble digestif. Augmentation de poids de 20 kilos. Bon état général. Grossesse à terme, treize mois après l'intervention.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour lithiase vésiculaire.
Suites éloignées ; 13 ans,

Mme R..., 43 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 22 mars 1920, pour des douleurs de l'hypochondre droit.

Dans les antécédents nous retenons une fièvre typhoïde ; six grossesses toutes à terme.

En 1910, la malade éprouve soudain après le repas une douleur violente sous les fausses côtes droites, accompagnée d'une sensation de brûlure le long de la colonne vertébrale, irradiant très nettement dans les lombes ; vomissements alimentaires et bileux ; pas d'ictère, pas de décoloration des matières.

De 1910 à 1914, ces crises reviennent très régulièrement et sont peu fréquentes ; en 1914, les phénomènes douloureux durent sept à huit heures ; ils sont très violents, nécessitant parfois des piqûres de morphine. Pas d'ictère, selles jaune clair, urines légèrement foncées.

A partir de 1914, la malade maigrit beaucoup, l'appétit est fortement diminué, les crises sont moins nombreuses, mais aussi intenses.

De 1914 à 1918, elle avait souvent de la diarrhée, principalement le matin. Depuis deux ans elle a perdu complètement l'appétit, elle éprouve un dégoût marqué pour la viande et se nourrit de bouillon de légumes ; elle ressent une douleur sourde au niveau de l'hypochondre droit accompagnée d'un état nauséux.

A l'examen, la malade est amaigrie, elle a un teint cireux.

La palpation montre un abdomen souple, flasque. Point douloureux sous les fausses côtes ; on perçoit une grosse vésicule. Le foie paraît abaissé.

Radiographie. — L'estomac est de dimension et de forme

normales, aucune connexion apparente avec la région douloureuse.

Intervention, le 20 avril 1920, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale. Incision de Kehr, sans la branche verticale médiane, mais avec section complète du muscle grand droit. La vésicule est augmentée de volume, distendue, sans adhérence épiploïque ; elle est collée contre le pylore mais n'exerce aucune traction sur lui.

Incision du péritoine, décollement facile jusque sur le cholédoque, ouverture de la vésicule après ponction ; ouverture du cystique jusqu'au carrefour. L'exploration du cholédoque et de l'hépatique montrent que ces derniers ne contiennent pas de calcul.

Un drain est enfoncé sous le revêtement séreux péritonéal. Fixation de l'entonnoir séreux vésiculaire au péritoine pariétal. Fermeture de la paroi ne laissant sortir que le drain.

Examen de la pièce. — Vésicule du volume d'une aubergine, à parois infectées et muqueuse veloutée sans infiltration ; elle contient une vingtaine de gros calculs à facettes ; à l'intérieur se trouve également un petit diaphragme muqueux qui aurait pu établir un cloisonnement de la vésicule.

Suites opératoires. — Le 3 mai, ablation du drain.

Le 6 mai, l'écoulement biliaire qui s'était produit se tarit et les matières sont colorées.

Le 24 mai, la malade sort cicatrisée.

Suites éloignées (mars 1933) : — Elle a repris aussitôt ses occupations. Cicatrice excellente indolore, sans éventration.

Au début la malade accusait des crises de coliques assez fréquentes, surtout la nuit, actuellement atténuées. Sensation de pesanteur du côté du foie.

Les digestions sont faciles, pas de somnolences après les repas ; elle ne suit aucun régime mais les graissés, le chocolat et les œufs la fatiguent. Les selles sont normales ; elle a grossi de 25 kilos.

OBSERVATION XV (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculieuse.
Suites éloignées : 6 ans.

Mme B..., 36 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 8 janvier 1927, après avoir été opérée d'urgence à l'Infirmierie de porte, par le Docteur Rochet. Dans les antécédents on ne relève rien de particulier.

Le début de l'affection remonte à treize ans ; la malade prenait alors tous les huit jours de violentes crises douloureuses, survenant brusquement la nuit, se manifestant par une douleur intense à l'épigastre qui se dirigeait vers l'hypochondre droit et jusque dans le dos.

Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements, sans température, sans ictère et duraient toute la nuit ; cet épisode a duré six mois.

Depuis douze ans tout s'était calmé, et c'est seulement depuis un mois et demi que la malade se remet à souffrir ; elle a ressenti trois ou quatre crises légères qui ont été suivies, le 8 janvier 1927, de phénomènes très douloureux dans la région épigastrique, sans température, avec pouls rapide : 120, avec vomissements bilieux, nécessitant l'entrée d'urgence à l'hôpital.

A l'examen, très mauvais état général, faciès péritonéal avec subictère ; température : 37°8 ; pouls : 140.

L'abdomen est souple, sauf au niveau de la région épigastrique qui est contracturée. Les diagnostics de cholécystite aiguë, de pancréatite aiguë ou de rupture de la vésicule s'imposent.

Intervention, le 8 janvier 1927, par le Docteur Rochet, sous anesthésie générale.

Incision de Kocher. A l'ouverture du péritoine, issue d'un flot de bile filante vert foncé. La vésicule est augmentée de

volume, tout le fond vésiculaire est verdâtre, si bien que l'on soupçonne d'abord une cholécystite gangréneuse. Cependant les parois sont plutôt épaissies et l'on voit que la coloration verdâtre se prolonge au niveau de la face supérieure de la vésicule et sur les bords latéraux jusqu'au carrefour hépatocystique.

Cholécystectomie rétrograde avec collerette séreuse au niveau du col et du cystique (sous-séreuse partielle), assèchement du péritoine. On ne trouve pas de véritable brèche sur la vésicule mais il semble que la solution de continuité ayant permis, l'infiltration sous-séreuse, ait siégé au niveau d'un calcul du bassinet qui a usé profondément les parois.

Un drain est placé dans le cystique, une mèche occupe le lit vésiculaire. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Examen de la pièce. — Vésicule à parois épaissies, contenant quelques calculs dont l'un, plus volumineux, occupe la région du cystique.

Suites opératoires. — Le second jour la température remonte, sans qu'on puisse en trouver la cause ; le vingtième jour on constate dans l'hypochondre droit une tuméfaction douloureuse : on fait le diagnostic d'abcès résiduel sous-hépatique et sus-angulo-colique.

On pratique alors une contre-ouverture qui laisse écouler une notable quantité de pus ; la température redescend ; on place un drain de Carrel pour irrigation continue ; vingt et un jours après l'ouverture, l'état général est excellent mais la température persiste entre 37 et 38°.

Le 5 mars 1927, la cicatrisation est complète. Pas d'éventration, bon état général, excellent appétit, aucun trouble digestif ; la malade part guérie.

Suites éloignées (mars 1933). — La malade a repris son travail un mois après.

Cicatrice parfaite sans éventration. Sensation de pesanteur du côté du foie ; a consulté un docteur pour un prolapsus.

utérin. Pas de somnolences après les repas, mais elle ne digère pas très bien. Elle ne suit aucun régime.

Aucun trouble digestif ; elle a grossi de 13 kilos.

OBSERVATION XVI (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse.
Suites éloignées : 13 ans.

Mme P..., 33 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 11 octobre 1920, pour des douleurs du côté du foie.

Les antécédents ne montrent rien de particulier à part une grossesse.

Le début remonte à quatre ans, par une crise de colique hépatique avec vomissement et ictère, qui a duré dix heures environ. L'ictère a disparu au bout de deux jours. Deux nouveaux épisodes douloureux sont survenus ensuite, séparés par trois mois d'intervalle, accompagnés d'ictère, de vomissements, de violentes douleurs qui ont nécessité des piqûres de morphine.

Actuellement la malade a un teint légèrement jaunâtre.

A l'examen, la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, mais dans la région pancréatico-cholédocienne on constate une contracture réflexe du grand droit. La vésicule est légèrement abaissée à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Elle est dure, du volume d'une noix, roulant sous le doigt et n'est pas douloureuse contrairement à ce qu'elle était auparavant. Le foie n'est pas abaissé.

Le palper bi-manuel montre en outre la présence d'un rein mobile dans le flanc droit ; en effet la malade déclare avoir ressenti, il y a neuf ans, une douleur dans les régions lombaires, tandis que les urines étaient troubles et de quantité variable ; l'examen de ces dernières révèle un léger disque d'albumine.

Intervention le 18 octobre 1920.

Incision de Kehr. Le foie est un peu gros et abaissé. La vésicule est entièrement allongée et bourrée de calculs.

Cholécystectomie suivant le mode habituel. Incision du péritoine en raquette : une branche circulaire, et une branche suivant l'axe de la vésicule à sa partie inférieure.

Décollement difficile à la partie moyenne, mais il devient très rapidement facile à mesure qu'on approche du bassinnet. Ligature de l'artère cystique ; section du canal cystique entre deux ligatures. L'exploration du cholédoque montre que ce dernier est normal, non dilaté.

Réfection par suture des lèvres péritonéales d'un canal séreux à l'intérieur duquel passe un drain. Fermeture à trois plans.

Examen de la pièce. — La paroi vésiculaire est légèrement épaissie. Un gros calcul remplit le bassinnet ; trois autres calculs de même volume remplissent le fond. La vésicule est rétrécie à sa partie moyenne, tordue sur son axe d'environ 90°.

Suites opératoires bonnes, le 26 octobre 1920 ablation du drain sans incident ; le 8 novembre la malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933). — La malade a repris ses occupations un mois après. Cicatrice parfaite ; pas d'éventration. Elle a très peu souffert du foie ; pas d'ictère ; pas de somnolences après les repas. Digestion lente, quelques maux de tête ; ne suit pas de régime.

Aucun trouble gastrique. Constipation fréquente. Elle a malgré tout grossi de 5 kilos et supporté une seconde opération pour laquelle nous n'avons pu avoir de précisions.

OBSERVATION XVII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculieuse.
Suites éloignées : 7 ans et demi.

Mme B..., 53 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 24 novembre 1925, envoyée par M. le Professeur Tixier, pour des coliques hépatiques.

Les antécédents révèlent deux grossesses.

L'affection actuelle remonte à huit ans environ ; la malade éprouvait alors, quelques heures après les repas, des douleurs dans la région épigastrique irradiées dans le dos et l'épaule droite ; elle avait fréquemment de l'ictère des conjonctives, ses urines étaient très foncées et ses matières décolorées. Depuis, les épisodes douloureux sont devenus plus intenses et la malade a ressenti, durant ces dernières années, des coliques hépatiques nettement caractérisés, ayant même nécessité des piqûres de morphine. On aurait constaté, à diverses reprises, une grosse vésicule.

Actuellement la malade présente du subictère des conjonctives ; température : 37°5 ; les urines sont claires, les selles normales.

A l'examen la paroi abdominale est souple sauf dans l'hypochondre droit qui présente de la contracture ; la palpation profonde est très douloureuse à ce niveau ; on ne sent pas la vésicule. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Intervention, le 7 décembre 1925, par le Professeur Tixier.

Incision verticale pararectale montrant une grosse vésicule très adhérente au côlon transverse ; la cholécystectomie étant décidée on transforme l'incision en incision de Kehr.

Incision du péritoine sur la vésicule suivant le procédé Tixier ; libération des lambeaux séreux jusque sur le bassin et le cholédoque.

Evacuation du liquide séreux de la vésicule. Incision de proche en proche de celle-ci jusqu'au carrefour. L'exploration de l'hépatique et du cholédoque est négative. Mise en place du drain de Kehr, section de la vésicule à la terminaison du cystique ; ligature séparée de l'artère cystique.

Reconstitution sur le drain de la fossette cystique et fermeture de la paroi en suspendant avec soin l'entonnoir séreux vésiculaire.

Examen de la pièce. — Vésicule hydropique à parois minces translucides contenant deux calculs à facettes.

Suites opératoires bonnes. Le 7 janvier 1926 la malade quitte le service.

Suites éloignées (mai 1933). — La malade a repris ses occupations deux mois après.

Cicatrice parfaite, sans éventration, indolore. Quelques légères crises de coliques au début. Endolorissement du foie à certaines périodes.

Bonne digestion ; pas de somnolence après les repas, pas de céphalées. La malade ne suit pas de régime mais les graisses, le chocolat et les œufs la fatiguent. Aucun trouble digestif, elle a grossi de 17 kilos.

OBSERVATION XVIII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite lithiasique.
Suites éloignées : 6 ans.

Mme G..., 42 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 20 juillet 1927, pour des douleurs de l'hypochondre droit.

La malade a contracté une rougeole à 18 ans et une fièvre typhoïde.

Il y a quinze ans environ elle avait ressenti à l'épigastre une douleur très vive, irradiant à droite, accompagnée de vomissements verdâtres, et puis elle se sentait soulagée. A noter une difficulté pour digérer les œufs.

Ces crises revenaient à peu près régulièrement trois fois par an ; la dernière date du 27 juin. La malade éprouvait alors une violente douleur dans l'hypochondre droit, au niveau de la région vésiculaire, irradiant vers l'épaule droite et le dos, accompagnée d'une élévation de température.

A l'examen l'abdomen est souple et la palpation permet de sentir en outre une vésicule dure.

Intervention, le 26 juillet 1927, par le Docteur Pollosson, sous anesthésie générale.

Incision de Récamier sur laquelle on branche une incision oblique dès que la vésicule est perçue. Celle-ci est profondément cachée par des adhérences au côlon transverse ; elle a l'aspect et la consistance d'un bloc de granit. Sa libération est relativement peu difficile grâce à la mise en place de l'écarteur de Villard. La paroi vésiculaire se fendille laissant sortir quelques calculs.

Cholécystectomie rétrograde ; ligature isolée du cystique ; ligature de l'artère cystique. Le décollement de la vésicule de la loge hépatique a été très difficile ; on péritonise et on met en place un drain et une mèche dans le lit vésiculaire.

Fermeture minutieuse de la paroi autour du drain.

Examen de la pièce. — La vésicule est du volume d'un œuf de poule bourrée de petits calculs de cholestérine ; les parois sont très altérées présentant l'aspect fraisé au maximum.

Suites opératoires excellentes, et le 22 août la malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933). — Elle a repris ses occupations deux mois après la sortie de l'hôpital.

La cicatrice est parfaite, parfois douloureuse, sans éventration. La malade n'a jamais plus souffert du foie ; elle digère très bien, sauf les graisses, les œufs et le chocolat. Quelques maux de tête. Aucun trouble gastrique ; légère constipation améliorée par des lavements ; elle a grossi de 10 kilos.

OBSERVATION XIX (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculieuse.

Suites éloignées : 4 ans.

Mme M..., 54 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 21 février 1929, envoyée par le Docteur Pollosson, avec le diagnostic d'hydropisie de la vésicule.

Ses antécédents révèlent deux grossesses.

Il y a trois mois, la malade a présenté un épisode douloureux nocturne, au niveau de la région lombaire, avec état nauséeux, sans vomissement, qui a duré deux jours. Au début de janvier 1929, survient une seconde crise avec des douleurs prédominant à droite et un mois plus tard les mêmes phénomènes se déclanchent à nouveau.

Dans l'intervalle des crises la malade souffre très peu ; on n'a jamais constaté d'ictère et de troubles digestifs ; température : 37°4.

A l'examen, l'abdomen est souple. Sous le rebord costal on perçoit une masse ayant le volume d'une mandarine, dure, légèrement douloureuse à la pression profonde, mobile sur les plans sous-jacents et sous la peau qui est soulevée à jour frissant. Le foie n'est pas perçu.

La radiographie, le 22 février, sans tétraïode, permet de voir à la hauteur des apophyses transverses des trois premières vertèbres lombaires, une ombre piriforme à grosse extrémité inférieure pouvant être la vésicule ou le rein. A la partie inféro-externe de cette dernière on décèle une nouvelle ombre en cocarde, large comme une pièce de deux francs.

Le 24 février, l'examen au tétraïode permet de retrouver une ombre identique mais de volume sensiblement moindre qui permettait de conclure à une vésicule exclue.

Intervention, le 28 février 1929, par le Docteur Pollosson.

Incision de Kehr-Tixier qui montre une grosse vésicule hydropique tendue.

Cholécystectomie rétrograde, partiellement sous-véreuse, sans incidents. Ligature séparée du cystique et des vaisseaux. L'exploration du cholédoque est négative. On place dans le lit vésiculaire un drain et deux mèches. Fermeture à trois plans.

Examen de la pièce. — Vésicule hydropique contenant plusieurs calculs dont un enclavé dans le cystique.

Le 5 avril une nouvelle radiographie montre la persistance de toutes les ombres déjà constatées ; il s'agit bien d'un rein et la vésicule n'était pas vue.

Suites opératoires très simples.

Suites éloignées (avril 1933). — La malade a repris ses occupations un an après la sortie de l'hôpital.

La cicatrice est parfaite, indolore, sans éventration. Quelques douleurs du côté du foie pour lesquelles la malade a consulté un médecin ; on n'a pas constaté d'ictère. Elle digère assez bien, ressent quelques céphalées et suit un petit régime.

Légers troubles gastriques, sans vomissements ; les selles sont régulières. L'état général est assez bon. N'a pas grossi.

OBSERVATION XX (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 4 ans.

Mme V..., 38 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 26 mars 1929, pour des crises douloureuses de l'hypochondre droit.

L'affection actuelle a débuté trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, par une vive douleur sous les fausses côtes droites ; deux autres crises ont suivi la première, à huit jours d'intervalle ; elles débutaient quelques heures après les repas dans le creux épigastrique, irradiant vers l'hypochondre droit et plus haut entre les épaules. Très violentes au début, les douleurs s'atténuaient au bout de quelques heures ; elles s'accompagnaient de température, de vomissements et de constipation. La malade n'a jamais constaté d'ictère.

Actuellement la température est à 38°2 ; le pouls à 80.

A l'examen, l'abdomen est souple, sauf au niveau de l'hypochondre où l'on perçoit une légère contracture qui permet cependant de sentir au-dessous une vésicule tendue dont le fond arrondi descend vers l'ombilic. La pression révèle une douleur vésiculaire marquée. Le foie n'est pas perçu.

La radiographie ne permet pas de voir l'image vésiculaire, mais on aperçoit une ombre du volume d'une pièce de deux francs à cheval sur la douzième côte et plusieurs ombres agglutinées autour en grappe de raisin permettant de faire déjà le diagnostic.

Intervention, le 10 avril 1929, par le Docteur Bertrand, sous anesthésie générale.

Incision pararectale montrant une grosse vésicule à parois épaissies avec péricholécystite ; on libère les adhérences et on agrandit l'incision transversalement.

Cholécystectomie sous-séreuse d'avant en arrière ; ligature du cystique ; mise en place d'une mèche et d'un drain.

Examen de la pièce. — Vésicule à parois épaissies, remplie de bile noire et visqueuse avec un calcul unique du volume d'une noix dans le bassin.

Suites opératoires. — La température tombe rapidement pour redevenir normale au 10^e jour.

Le 12^e jour, on enlève complètement la dernière mèche ; la température monte alors progressivement et le pouls est aux environs de 80.

Le 15^e jour, la malade ressent des douleurs dans les mollets, qui sont suivies deux jours plus tard d'agitation et de suffocation aiguë.

Température : 37°8 ; pouls : 90 ; mouvements respiratoires : 32. T. A. : 9,5/5.

Le 29 avril 1929, apparaît un écoulement de bile expliquant les phénomènes constatés.

Le 12 mai, la fistule biliaire s'est légèrement tarie ; la malade quitte le service.

Le 3 août, une petite fistule subsiste sur la partie médiane de la cicatrice, laissant couler un liquide muco-purulent ; on conseille à la malade d'attendre encore quelque temps.

Le 13 septembre, elle revint, car la fistule ne s'est pas refermée spontanément ; l'exploration de cette dernière, au stylet,

montre un corps résistant (calcul ou cicatrice indurée) et l'examen au lipiodol décèle une cavité à récessus multiples sans ombre de calcul.

Réintervention, le 16 septembre, par le Docteur de Rougemont, sous anesthésie générale.

Incision sur une sonde cannelée placée dans le trajet fistuleux ; on pratique un curettage de ce dernier et un drain est mis en place.

Suites éloignées (avril 1933). — La malade a repris son travail quinze mois après.

Bonne cicatrice opératoire sans éventration ; mais lorsque l'opérée fatigue, ou durant les changements de temps elle ressent des douleurs du côté de son incision.

Deux crises de coliques au mois de juillet 1932, tout à fait bénignes, avec irradiation, sans ictère.

Depuis elle ne souffre presque plus de son foie.

Digestion facile ; quelques rares céphalées.

La malade suit un régime ; malgré une légère constipation elle déclare bien se porter (a grossi de 10 kilos).

OBSERVATION XXI (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculuse.

Suites éloignées : 1 an

Mme V..., 60 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 24 mai 1932, pour coliques abdominales.

Dans les antécédents nous trouvons neuf grossesses.

L'affection remonte à quinze jours environ ; la malade a ressenti alors une douleur épigastrique pendant deux jours qui s'est bientôt transformée en véritable crise de coliques irradiées dans tout l'abdomen, avec prédominance sous-hépatique. Accentuées par les repas ces douleurs n'ont été accompagnées que d'un seul vomissement bilieux.

Actuellement l'état général est conservé ; les selles sont assez fréquentes, d'odeur fétide, mais sans diarrhée vraie.

A l'examen, l'abdomen est douloureux, surtout dans la région sous-hépatique. On perçoit une volumineuse tuméfaction située au-dessous du foie. Ce dernier paraît légèrement augmenté de volume. La masse perçue est peu mobilisable et peu douloureuse. On note à jour frisant la présence d'ondes péristaltiques se dirigeant de gauche à droite.

Intervention, le 1^{er} juin 1932, par le Docteur Bertrand, sous anesthésie générale.

Laparotomie sus-ombilicale médiane, montrant une énorme vésicule qui vient faire saillie en dehors des lèvres de la plaie. On referme pour pratiquer ensuite une nouvelle incision sous-costale type Kocher sans section du droit.

Cholécystectomie sous-séreuse type Tixier ; un petit suintement près du petit épiploon oblige à laisser une petite mèche de drainage.

Suites opératoires bonnes ; le 20 juin, la malade quitte le service.

Résultats éloignées (mars 1933). — Cicatrice opératoire parfaite. Pas d'éventration, aucune douleur.

La malade a ressenti des crises de coliques avec irradiation, en novembre dernier, mais depuis elle n'a plus souffert du foie ; pas de somnolence ; elle digère assez bien, mais elle suit un régime. Des douleurs apparaissent quand celui-ci n'est pas bien suivi ; cependant la malade ne vomit pas ; les selles sont régulières ; elle a grossi de 6 kilos.

OBSERVATION XXII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculieuse.

Suites éloignées : 3 ans.

Mme S..., 42 ans, entre Salle Sainte-Anne, le 17 mars 1930, envoyée par le Professeur Tixier.

Les antécédents nous révèlent deux grossesses.

L'affection actuelle semble avoir débuté il y a 4 mois ; à la suite d'une grippe contractée en décembre 1929, la malade ressentit une douleur dans la région abdominale droite et depuis cette époque elle constata également la présence d'une tumeur sous les fausses côtes.

Dans la nuit du 1^{er} janvier, nouvelle crise douloureuse dans la région vésiculaire, sans ictère, sans décoloration des matières, avec une diarrhée de couleur normale.

Température : 37°5.

Temps de coagulation : 11'. Temps de saignement . 4'.

Urée : 0 gr. 17 ‰.

A l'examen, on perçoit une vésicule grosse comme une aubergine tendue, douloureuse à la pression, légèrement mobile. Foie non hypertrophié.

Radiographie le 20 mars 1930. Le tétraïode montre une grosse vésicule qui descend au niveau de la crête iliaque ; plusieurs examens successifs ont toujours donné la même ombre avec la même intensité. On n'a pas vu de calcul, ce qui faisait penser à une vésicule exclue.

Le tubage duodénal a permis de retirer cinq tubes à essai de bile jaune or uniformément teintée.

La culture de la bile a mis en évidence un bacille mobile à Gram négatif qui n'est ni un colibacille, ni un microbe de la série typhique ; il s'agit d'un saprophyte banal.

Intervention, le 22 mars 1930, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Laparotomie selon la technique ordinaire montrant une grosse vésicule hydropique, semblant cependant moins volumineuse que l'ombre constatée à la radio.

Cholécystectomie sous-séreuse ; ligature double du cystique ; tunnel sous-séreux sur un tout petit drain ; fixation de l'entonnoir séreux au péritoine pariétal ; fermeture de la paroi laissant sortir simplement le drain.

Examen de la pièce. — Grosse vésicule en forme d'aubergine. Le bassin et le cystique sont absolument moulés sur quatre petits calculs. Liquide d'hydropisie à l'intérieur.

Suites opératoires excellentes ; le 22 avril 1930, la malade complètement cicatrisée part en bonne santé.

Suites éloignées (mars 1933). — Bonne cicatrice, sans éven-tration. Crises de coliques avec irradiation, sans ictère.

Quelques somnolences.

Difficultés pour digérer surtout les graisses, le chocolat, les œufs. La malade suit un régime ; elle souffre de l'estomac, mais ne vomit pas ; elle se plaint principalement d'une diarrhée post-prandiale ; elle n'a pas engraisé.

OBSERVATION XXIII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculuse.

Suites éloignées : 7 ans.

Mme G..., 55 ans, entre Salle Sainte-Anne le 17 juin 1926, à la suite d'une violente crise douloureuse de l'hypochondre droit.

Les antécédents révèlent deux grossesses.

Dans la nuit la malade est subitement réveillée par une violente douleur sous-chondro-costale droite, sans irradiation, accompagnée de vomissements bilieux. Le lendemain, elle a vomi encore mais les phénomènes douloureux se sont calmés ; elle n'a pas constaté d'ictère.

Puis les crises se renouvelant sans cesse, accompagnées alors d'une coloration jaune des conjonctives, font que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen de l'abdomen, on perçoit une masse dure, peu mobile, non douloureuse actuellement, siégeant dans l'hypochondre droit et descendant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Intervention, le 25 juin 1926, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr-Tixier ; cholécystectomie sous-séreuse typique ; un drain est placé dans l'entonnoir séreux vésiculaire ; fixation du péritoine séreux vésiculaire au péritoine pariétal.

Fermeture totale de la paroi.

Examen de la pièce. — Grosse vésicule à parois œdémateuses, bourrée de calculs.

Suites opératoires. — Pendant les trois jours qui suivent l'intervention la malade est somnolente ; température : 37°8 ; pouls : 125. Amélioration rapide et le 26 juillet la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933). — Elle a repris ses occupations après la sortie de l'hôpital.

Bonne cicatrice, avec cependant quelques tiraillements quand la malade se baisse ; pas d'éventration.

Elle a ressenti encore une crise légère, mais sans ictère. Les digestions sont quelquefois pénibles car elle ne suit pas bien son régime. Douleurs gastriques survenant la nuit et accompagnées parfois de vomissements bilieux. Constipation. Elle se fatigue facilement et n'a pas engraisié.

OBSERVATION XXIV (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse.

Suites éloignées : 3 ans.

Mme J..., 24 ans, entre Salle Sainte-Anne le 5 mars 1930, pour des douleurs hépatiques.

Les antécédents nous révèlent une fièvre typhoïde très grave à l'âge de 11 ans et une paratyphoïde contractée en 1927.

A la suite de cette dernière affection, la malade dit avoir ressenti une crise douloureuse aiguë, nocturne ; les douleurs

débataient sous les fausses côtes, irradiant dans le creux épigastrique et dans le dos, s'accompagnant de vomissements noirs ; la température était de 38°5.

Depuis, la malade a présenté de nombreuses crises, survenant entre 23 heures et 3 heures du matin, toujours avec la même symptomatologie, nécessitant parfois des piqûres de morphine. Elle n'a jamais constaté d'ictère, mais après chaque crise, les urines devenaient foncées et rares.

Actuellement la malade présente une anorexie et une asthénie prononcées ayant entraîné un amaigrissement de 16 kilos en un mois et demi ; température : 37°5 ; pouls : 88.

Temps de coagulation : 5'5 ; temps de saignement : 2' ; urée sanguine : 0 gr. 44 ‰.

A l'examen de l'abdomen on sent sous les fausses côtes droites une masse assez dure bosselée, de la grosseur d'une mandarine. Le foie n'est pas abaissé.

Radiographie. — Le tétraiode apparaît dans l'intestin, mais la vésicule ne s'imprègne pas ; en avant du rein il existe une image arrondie qu'on pourrait assimiler à un fond vésiculaire, mais en réalité la vésicule ne se remplit pas et semble exclue.

Intervention, le 18 mars 1930, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr, permettant d'affirmer une hydropisie de la vésicule par calcul du cystique.

On amorce ensuite une nouvelle incision dans le but de pratiquer une cholécystectomie sous-séreuse type Tixier. Ligature du cystique ; ligature de l'artère cystique. Reconstitution de l'entonnoir séreux vésiculaire sur un tout petit drain placé au contact du moignon cystique.

Fermeture complète de la paroi.

Examen de la pièce. — Vésicule à parois peu épaissies, dont la muqueuse possède une couleur groseille. A l'intérieur, se trouve un liquide hyalin clair, et cinq petits calculs muriformes situés dans le bassin et le cystique.

Suites opératoires très simples ; ablation du drain au 7^e jour.

Léger suintement de la paroi, sans température ni écoulement de bile.

Suites éloignées (mars 1933). — La malade a repris ses occupations deux mois après.

La cicatrice est excellente, indolore, sans éventration. A cependant beaucoup souffert du foie au cours de la première année ; elle n'a rien senti durant la seconde, et actuellement elle souffre de temps à autre, sans jamais avoir constaté d'ictère. Pas de somnolences après les repas, l'appétit est légèrement diminué. Elle suit un régime uniquement au moment des périodes douloureuses. Légers troubles gastriques avec état nauséux, diarrhée après l'ingestion de sauces et d'aliments gras ; amaigrissement.

OBSERVATION XXV (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite lithiasique
(malade opérée autrefois d'appendicectomie).

Suites éloignées : 4 ans.

Mme B..., 41 ans, entre salle Sainte-Anne le 5 août 1929, après avoir été envoyée d'urgence à l'Infirmierie de Porte pour une crise douloureuse abdominale.

Dans les antécédents nous trouvons deux grossesses et deux fausses couches.

La malade avait eu déjà de nombreuses crises analogues à la crise actuelle ; ayant soupçonné une appendicite, elle avait été opérée à Paris en 1922. Par la suite rien n'a changé. Les phénomènes douloureux survenaient assez régulièrement environ une fois par semaine, deux à trois heures après les repas, de très courte durée et d'intensité variable, ayant parfois nécessité l'hospitalisation pendant plusieurs jours. Spécia-

lement provoquées par l'ingestion de certains aliments (graisses, viandes), alternant avec des périodes de calme de trois mois environ, ces crises étaient généralement fugitives.

Au moment de la douleur la malade avait des frissons, accompagnés d'une sensation de chaleur, des sueurs, des vomissements bilieux et alimentaires ; elle n'a jamais pris sa température. Le lendemain apparaissait du subictère de la face et des conjonctives. Les douleurs, d'abord épigastriques, irradiaient à la base du thorax et surtout vers l'épaule droite nécessitant parfois des piqûres de morphine.

Actuellement : La malade est subfébrile, température : 38°, céphalées, sensation de soif vive. Habituellement constipée, elle a de la diarrhée pendant les périodes douloureuses.

A l'examen : La palpation montre un abdomen souple, avec une légère contraction de défense dans la région épigastrique. Douleur à la pression dans la région vésiculaire mais on ne sent pas la vésicule.

Radiographie : après tétraïode, qui révèle nettement l'existence de plusieurs calculs.

Intervention : Le 28 août 1929, par le Docteur Pollosson sous-anesthésie générale.

Incision de Kehr ; cholécystectomie rétrograde car il a été impossible de pratiquer une sous-séreuse. Ligature séparée du cystique et des vaisseaux. L'exploration du cholédoque est négative.

Fermeture à trois plans sans drainage.

Examen de la pièce : La vésicule est remplie de bile jaune d'or et contient 34 calculs.

Suites opératoires : Bonnes. Le 26 septembre 1929, la malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933) : Excellente cicatrice. Souffre une à deux heures après le repas. Difficultés à digérer les graisses, les œufs, le chocolat. Malgré une forte crise en décembre dernier elle possède un bon état général.

OBSERVATION XXVI (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Cholécystectomie sous-séreuse pour lithiase vésiculaire.
Suites éloignées : 5 ans.*

Mlle L..., 21 ans, entre salle Sainte-Anne, le 20 février 1928, pour des douleurs abdominales.

Le début de l'affection date d'un an environ : les phénomènes douloureux surviennent sous forme de crises avec une constance régulière, tantôt isolées, tantôt par séries, durant deux à trois jours ; elles se manifestent, soit immédiatement après les repas, soit trois heures plus tard, soit enfin au milieu de la nuit.

Dans l'intervalle des crises, la malade ressent un simple endolorissement du flanc droit.

Le syndrome vésiculaire est annoncé par de la douleur et de l'engourdissement du bras droit ; il est indépendant de l'absorption de certains aliments. Les douleurs deviennent, ensuite de plus en plus intenses dans la moitié droite et supérieure de l'abdomen, sans irradiation. La température n'a pas été prise. Pas de vomissements, pas d'ictère à la fin de la crise ; les urines sont foncées. Malgré un amaigrissement assez marqué (5 kilos en quatre mois) la malade a conservé un bon appétit, et suivait jusqu'à présent un régime pour ulcère.

En février 1928, elle a été examinée par le Professeur Savy, alors qu'elle était en pleine crise ; celui-ci ayant trouvé une grosse vésicule douloureuse conseilla l'intervention.

Actuellement : L'état général est bon ; température : 38°, les selles sont régulières. La dernière crise remonte à cinq jours.

A l'examen : L'abdomen est souple ; la palpation ne permet pas de déceler la vésicule, mais la pression forte au-dessous du foie réveille une douleur.

Temps de coagulation : 7' ; temps de saignement : 5'.

Quantité d'urée dans les urines : 18 gr. 75 par litre.

La radiographie montre un estomac qui s'évacue bien, avec des contractions normales. Point douloureux au-dessus du bulbe duodénal, sous hépatique.

La cholécystographie relève l'existence d'une grosse vésicule analogue à une petite aubergine, allongée verticalement parallèlement à la colonne vertébrale, présentant à son intérieur différentes ombres ce qui faisait prévoir l'existence de nombreux calculs.

Intervention : le 5 mars 1928, par le Professeur Tixier, sous-anesthésie générale.

Incision Kehr-Tixier, montrant un foie très abaissé, presque vertical, à gros lobes. La vésicule bleutée est augmentée de volume et contient des calculs.

Cholécystectomie sous-séreuse typique. Ligature du cystique. Ligature de l'artère cystique. Fermeture à l'ordinaire de la logette vésiculaire sur un drain. Fermeture totale de la paroi.

Suites opératoires : Excellentes. Pas de fistule biliaire ; aucune suppuration de la paroi. Le 23 mars 1928, la malade quitte le service.

Le 6 novembre 1929, elle revient déclarant s'être bien portée pendant deux mois, mais de nouvelles crises, analogues aux crises antérieures, se sont produites ; elles sont malgré tout moins intenses et plus supportables.

Sur les conseils du Professeur Tixier, la malade fait une cure à Vichy ; les phénomènes douloureux se sont alors atténués, mais ils ont encore reparu.

A l'examen : L'abdomen et la cicatrice sont souples. La palpation réveille une assez vive douleur dans la région vésiculaire.

La radioscopie gastrique montre que l'estomac se remplit normalement ; il est légèrement ptosé ; les régions pyloriques et duodénales sont normales. Point douloureux, nettement situé au-dessus du duodénum.

La malade repart chez elle sans subir de réintervention.

Suites éloignées (mars 1932) : Elle a repris ses occupations au bout de trois mois.

La cicatrice est bonne, indolore.

Elle souffre continuellement du foie, ressent des crises de coliques avec irradiation et sans ictère, elle suit un régime, et a fait quatre cures à Vichy.

Aucun trouble gastrique. Constipation. La malade se fatigue facilement, elle a seulement grossi de 1 kilo.

OBSERVATION XXVII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculuse.

Suites éloignées : 6 ans.

Mme B..., 40 ans, entre salle Sainte-Anne, le 8 septembre 1927, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

Les antécédents révèlent une pneumonie et une grippe en 1918.

Le début de l'affection remonte à 1918. A la suite de l'ingestion de bouillon gras la malade avait ressenti, durant toute une nuit, une douleur sous-costale droite irradiant dans le dos. Pas d'ictère, pas de vomissements, aucune modification des selles et des urines. Dès ce moment persistaient des malaises, des digestions lentes, accompagnées de douleurs que l'on prenait pour des troubles gastriques.

En mars 1921, apparaît une crise très violente de l'hypochondre droit, irradiant dans les régions lombaires, avec vomissements, ictère marqué, selles décolorées, urines foncées ; la température n'a pas été prise. Ces phénomènes douloureux se sont répétés chaque mois jusqu'en août 1921. Une cure à Vichy n'apporte aucune amélioration. En 1922, pas de crises ; elles réapparaissent en 1923 ; en 1924, nouvelle phase silencieuse ; en 1925, elles surviennent à nouveau. En 1926, la malade ressent une douleur continue dans l'hypochondre droit, irradiant dans l'épaule, sans ictère, sans vomissements, avec constipation et urines chargées.

En mai 1927, survient un deuxième épisode aigu avec météorisme abdominal intense, violente douleur et température à 37°8. On soupçonne une péritonite ; les applications de glace sur le ventre amènent la sédation des phénomènes en quatre jours.

Douleur maxima au point vésiculaire. Le foie est hypertrophié.

A l'examen : La palpation de l'hypochondre est douloureuse.

Intervention : Le 20 septembre 1927, par le Docteur Pollosson, sous-anesthésie générale.

Incision de Kehr, qui découvre une énorme vésicule distendue, bloquée par un calcul.

Cholécystectomie rétrograde sans incident. Contrairement à ce que l'on pensait il y a très peu de réaction péritonéale, un petit drain et une mèche sont placés dans le lit vésiculaire. Fermeture à trois plans.

Suites opératoires : Bonnes. Le 14 janvier 1928, l'état général est parfait ; la cicatrice très résistante est légèrement chéloïde ; la malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933) : La malade a repris son travail 6 mois après l'opération. La cicatrice indolore est un peu chéloïde ; pas d'éventration.

Elle se plaint de coliques, mais qui sont infiniment moins douloureuses et plus rares qu'avant l'intervention ; elle souffre encore du foie surtout au moment des règles ; quelques rares somnolences après les repas.

Digestion aidée par les applications chaudes. Fréquentes et pénibles migraines. Suit un régime.

Elle souffre rarement de l'estomac : deux à trois vomissements bilieux. Constipation.

OBSERVATION XXVIII (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour lithiase vésiculaire.

Suites éloignées : 2 ans.

Mme Ph..., 56 ans, entre salle Sainte-Anne, le 17 décembre 1931, envoyée par le Docteur Paillard, pour lithiase biliaire.

Les antécédents ne nous apprennent rien de particulier.

L'affection remonte à trente ans environ ; la malade se plaignait alors de douleurs dans la région hépatique, soulagées par des cures à Vichy.

Une crise assez violente est survenue il y a trois ans, et depuis, les phénomènes douloureux se succèdent à raison de quatre ou cinq par mois, avec des périodes d'accalmie complète. Les crises apparaissent la nuit, et durent d'une heure à une journée. Douleurs au creux épigastrique ou dans la région sous-hépatique, irradiant dans le dos et parfois vers l'épaule droite. Cet épisode aigu s'accompagne de vomissements bilieux avec frissons, ictère prononcé, souvent durable. La température n'a pas été prise.

Actuellement la malade possède un teint normal ; elle a maigri de 7 kilos en deux ans ; température subfébrile. L'état général est bien conservé.

A l'examen : L'abdomen est souple, la palpation révèle une douleur diffuse dans le creux épigastrique et un point douloureux net dans la région vésiculaire. Le foie et la vésicule ne sont pas perçus.

La radiographie : après injection de tétraïode, n'a pu être pratiquée, la malade n'ayant pu tolérer les pilules.

Le tubage duodénal : fait le 12 décembre a permis de retirer une petite quantité de bile claire : cette épreuve n'a pu être terminée, étant donné les nombreux efforts exécutés par la malade sous l'influence du sulfate de magnésie.

Coefficient de Maillard : 4,7.

Intervention : Le 24 décembre 1931, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision pararectale droite montrant une vésicule petite, ratatinée.

Transformation de l'incision en incision de Kehr-Tixier, permettant de pratiquer une cholécystectomie sous-séreuse assez difficilement, par suite de la rétraction des tuniques vésiculaires. On ouvre la vésicule qui laisse échapper de nombreux calculs. L'exploration du cystique est négative. Ligature

de ce dernier ; ligature de l'artère cystique. Le cholédoque ne contient pas de calculs malgré que la malade ait eu des poussées très nettes d'ictère à répétition.

Une mèche est placée dans le lit vésiculaire. Fermeture totale de la paroi.

Examen de la pièce : Vésicule ratatinée, contenant plusieurs calculs, même dans le bassin. L'examen chimique de l'un d'eux montre une constitution essentiellement organique avec très peu de substances minérales.

Suites opératoires : satisfaisantes ; la malade quitte le service le 11 avril 1932.

Suites éloignées (mai 1933) : Elle a repris ses occupations six mois après la sortie de l'hôpital.

Cicatrice excellente avec quelques tiraillements pendant la marche. Pas d'éventration.

Elle a ressenti des douleurs du côté du foie, avec irradiation dorsale accompagnées de fièvre et de subictère. Somnolences après les repas. Maux de tête. Digestions pénibles ; les graisses, les œufs, le chocolat, entraînent des vomissements.

La malade suit un régime, elle ne souffre pas de l'estomac, mais elle vomit au moindre écart de régime ; constipation. Elle a grossi de 4 kilos ; actuellement elle n'a plus de crise ; et se trouve améliorée par l'opération.

OBSERVATION XXIX (*Inédite*) (Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde partiellement sous-séreuse pour hydropisie intermittente de la vésicule. — Suites éloignées 7 ans.

Mme P..., 39 ans, entre salle Sainte-Anne, le 27 septembre 1926, pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit. Les antécédents nous révèlent deux grossesses.

Le début remonte à 6 ans ; la malade ressentait alors des

pesanteurs d'estomac après les repas, accompagnées de diarrhée post-prandiale.

Il y a deux mois, nouvelle crise, caractérisée par une douleur au-dessous des fausses côtes, irradiant dans l'épaule droite ; ces phénomènes douloureux ont duré deux heures environ et se sont terminés par une débâcle urinaire.

Durant ces deux derniers mois, la malade a eu cinq crises, dont la dernière particulièrement douloureuse.

Actuellement : bon état général, pas de subictère.

A l'examen, on constate une hyperesthésie de l'hypochondre droit et un point douloureux net à la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne. La vésicule est perçue à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes et présente des alternatives de tension et de disparition.

Intervention : Le 5 octobre 1926, par le Docteur Pollosson, sous anesthésie générale.

Incision de Villard. L'extériorisation du foie entraîne quelques déchirures du parenchyme hépatique. La vésicule est très distendue, le cystique très dilaté.

On pratique une cholécystectomie rétrograde partiellement sous-séreuse ; mise en place d'un drain au niveau du cystique entouré de trois mèches ; un lit péritonéal est refait dans la fossette vésiculaire.

Fermeture à trois plans.

Examen de la pièce : Vésicule du volume d'une aubergine, à parois épaisses, œdémateuses. Elle contient un liquide louche et quatre gros calculs dont l'un est friable.

Suites opératoires : Le 9 octobre, poussée de température qui dure jusqu'au 14.

Le 16 octobre on retire partiellement les mèches, qui sont complètement enlevées le 20.

Le 9 novembre, la malade sort guérie.

Suites éloignées (mars 1933) : Reprise des occupations trois semaines après.

La cicatrice est parfaite, indolore, sans éventration ; la malade porte tout de même une ceinture.

Actuellement, elle ne souffre plus de son foie ; pas de somnolence après les repas ; elle ne suit plus de régime et digère très bien.

Aucun trouble gastrique ; les selles sont régulières ; a légèrement grossi depuis l'intervention.

OBSERVATION XXX (*inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour hydropisie intermittente de la vésicule. Suites éloignées : 11 ans.

Mme B..., 44 ans, entre salle Sainte-Anne le 14 mars 1922, pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

Dans les antécédents, nous trouvons trois grossesses.

Le début remonte à dix ans ; la malade avait fréquemment des troubles digestifs caractérisés par des vomissements bilieux qui duraient un à deux jours, sans douleur et sans ictère, se produisant le matin ou dans le courant de la nuit. Ces crises survenaient deux fois par mois, sans fièvre et sans céphalées. La malade accuse, en outre, il y a deux ans, une crise de diarrhée accompagnée de vomissements bilieux et de violentes douleurs sous-costales droites, qui dura trois jours ; les matières n'étaient pas décolorées, les urines étaient normales.

Depuis, elle éprouve des douleurs dans l'hypochondre droit, sans irradiation scapulaire nette, survenant sans cause apparente. Les graisses et les viandes sont mal digérées.

Actuellement, la malade a un teint jaunâtre avec du subictère des conjonctives.

A l'examen de l'abdomen on remarque, sous la peau, une masse allongée dans le sens vertical, piriforme, du volume d'une aubergine, dure, mobile, pouvant descendre jusqu'au-dessous de l'ombilic et dont le pédicule disparaît sous les fausses côtes.

Cette tuméfaction, indolore, donne le contact lombaire, mais elle ne fuit pas sous les doigts comme le ferait un rein.

Au niveau du pédicule, on constate l'existence d'un point douloureux très net. Pas de point douloureux cholédocien. La face n'est pas augmentée de volume.

Quantité d'urée dans les urines : 16 gr. 45 ‰.

Intervention : Le 21 mars 1922, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Récamier montrant une grosse vésicule.

Transformation en incision de Kehr. La vésicule est extériorisée, et ponctionnée ; décollement sous-séreux, suivant le procédé Tixier. Ligatures séparées de l'artère cystique et du canal cystique.

Enfouissement de la logette vésiculaire et fixation du cul-de-sac sous-séreux vésiculaire au péritoine pariétal. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce : Enorme vésicule contenant dans le bassinnet plusieurs calculs formant clapet et expliquant l'hydroisie. A l'intérieur est un liquide clair, 160 cc. qui, vu par transparence, apparaît opalescent, c'est un liquide albumineux, sans bile, sans pus et complètement stérile.

Suites opératoires : Très simples, aucune réaction péritonéale. Le 10 avril 1922, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933) : Elle a repris ses occupations deux mois après.

La cicatrice est parfaite, légèrement douloureuse après des travaux pénibles, pas d'éventration.

La malade n'a plus souffert du foie ; elle accuse des somnolences après les repas, et quelques céphalées. Ses digestions sont faciles, sauf pour les graisses, les œufs, le chocolat ; elle ne suit pas de régime.

Sensation de pesanteur du côté de l'estomac et diarrhée fréquente. Malgré tout l'état général est bon ; elle a repris 4 kilos.

OBSERVATION XXXI (*inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Cholécystectomie sous-séreuse pour hydropisie de la vésicule.
Suites éloignées : 8 ans.*

Mme M..., 47 ans, entre salle Sainte-Anne, le 5 septembre 1925, envoyée par le Professeur Favre.

Depuis quinze mois, la malade accuse des crises douloureuses, abdominales ayant leur siège principalement sous les fausses côtes. En outre, elle se plaint de troubles gastriques survenant quatre ou cinq heures après les repas, au milieu de la nuit, vers une heure du matin.

Ces douleurs, irradiant dans le dos et vers l'épaule droite, sont de plus en plus fréquentes depuis bientôt quatre mois, accompagnées de vomissements et de constipation. Pendant les crises, les matières prennent une coloration jaune clair et les urines deviennent acajou. La malade n'a pas constaté d'ictère, elle a maigri de 5 kilos en quatre mois, elle éprouve un dégoût marqué pour la viande et les graisses.

A l'examen : l'abdomen est souple. Sous le rebord costal on perçoit une masse arrondie de la grosseur d'une orange, lisse, descendant à trois travers de doigt. Le dosage de l'urée et de la cholestérine dans le sang a donné les résultats suivants :

Urée 0 gr. 21 ‰

Cholestérine 1 gr. 90 ‰

Intervention : Le 23 septembre 1925, par le Docteur Rochet, sous rachianesthésie.

Incision du Sprengel, basse, permettant de découvrir une grosse vésicule sous tension.

Cholécystectomie d'avant en arrière avec taille d'une coïlerette séreuse autour du bassinnet. Mise en place d'un drain, et d'une petite mèche au contact du foie. Le cholédoque étant perméable.

Fermeture totale laissant passer le drain.

Examen de la pièce : Vésicule à parois épaisses; contenant un liquide blanchâtre et une sorte de boue biliaire ; nombreux calculs muriformes, dont l'un, plus gros, est enclavé à la terminaison du cystique, l'obstruant complètement.

Suites opératoires : parfaites ; la malade quitte le service complètement cicatrisée et avec un bon état général, le 13 octobre.

Suites éloignées : Le 30 janvier 1926, la malade revient, se plaignant de douleurs post-prandiales et d'une légère constipation.

Le 26 juin 1926, elle recommence à souffrir au niveau de la vésicule ; elle vomit mais n'a pas constaté d'ictère.

La palpation montre exactement au siège habituel de la vésicule une petite masse lisse, analogue à un fond vésiculaire. Etant donné le bon état général de la malade on préfère attendre.

En mars 1933, nous la revoyons avec un état général excellent : teint rose et frais. La cicatrice est magnifique, sans éventration.

La malade ne suit aucun régime ; léger ballonnement après les repas l'obligeant à se desserrer ; elle ne vomit plus, mais elle est très constipée.

OBSERVATION XXXII (inédite)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite calculeuse avec lithiase du cholédoque. — Suites éloignées : 7 ans.

Mme D..., 52 ans, entre salle Sainte-Anne, le 15 décembre 1925, pour des douleurs épigastriques.

Le début de l'affection remonte à vingt ans, se traduisant par des douleurs épigastriques et des vomissements bilieux. Cet état persiste avec une telle ténacité que la malade était venue à plusieurs reprises demander une opération. On avait admis le diagnostic de cholécystite à forme gastrique.

Intervention : Le 6 janvier 1926, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision pararectale droite montrant une vésicule ratatinée, à parois épaisses et bourrée de calculs.

Transformation de l'incision suivant le procédé Tixier : on libère la vésicule de ses adhérences avec l'angle droit du côlon.

Cholécystectomie à l'ordinaire. Un drain placé dans l'hépatique laisse écouler une bile blanche épaisse mélangée à de la boue biliaire. L'exploration du cholédoque révèle, sur toute sa longueur, la présence d'une série de grains en chapelet ; lentement on réussit à enlever, soit par expression, soit à la curette de nombreux calculs dont quelques-uns sont en fragments ou en bouillie.

Un gros drain est introduit dans le cholédoque, mise en place d'une compresse.

Fermeture de la paroi en laissant sortir les drains et la compresse.

Réflexions : Nous sommes donc en présence d'une malade qui avait été examinée soigneusement à deux reprises, et chez laquelle on n'avait pas constaté d'ictère, de signes de rétention biliaire, de la température et qui présentait cependant :

1° Une cholécystite calculeuse ;

2° Un cholédoque bourré de calculs.

Suites opératoires : Bientôt est apparue une fistule biliaire ; les matières sont décolorées. Il existe encore un obstacle sur le trajet du cholédoque.

L'examen radioscopique, après injection de lipiodol dans le trajet fistuleux, a montré nettement le cholédoque gros comme le petit doigt animé de contractions qui n'aboutissent pas toutes au passage du lipiodol dans le duodénum ; la radiographie confirme ces observations. Les douleurs ont par la suite été plus vives pendant dix jours.

Le 13 mars, la fistule s'est fermée.

Le 26 mars, la plaie est complètement cicatrisée, les matières sont colorées, mais la malade se plaint encore de phénomènes douloureux. Elle quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933) : Les occupations habituelles n'ont pu être reprises. La cicatrice est parfaite, un peu douloureuse, sans éventration ; des crises de coliques hépatiques typiques avec température et ictère se sont encore produites.

Somnolences après les repas ; céphalées survenant le matin. Difficulté pour digérer et obligeant la malade à suivre un régime. Douleurs gastriques ; vomissements déclanchés par l'absorption d'aliments gras.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

OBSERVATION XXXIII (*inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour calculs du cystique.

Suites éloignées : 7 ans.

Mme B..., 29 ans, entre salle Sainte-Anne, le 7 août 1926, avec le diagnostic de coliques hépatiques.

Les antécédents nous révèlent une crise de rhumatisme articulaire aiguë et deux grossesses.

L'affection actuelle remonte à février dernier ; en effet, un mois après l'accouchement de son deuxième enfant, la malade ressent brusquement, en pleine nuit, une douleur dans l'hypochondre droit, au niveau duquel elle a même perçu une petite grosseur. Vomissements glaireux et bilieux, puis tout se calme en quelques heures.

Ses crises se renouvellent tous les dix jours environ, l'une d'elles ayant même nécessité une piqûre de morphine.

La dernière, qui a duré plusieurs jours, s'est accompagnée d'une violente douleur sous le rebord costal droit, irradiant dans les lombes et entre les épaules ; la température est restée à peu près normale, mais la crise a été chaque fois suivie d'ictère manifeste et d'une augmentation de volume de la vésicule.

Actuellement : la malade est subictérique, les matières sont

décolorées depuis une huitaine de jours, les urines sont foncées.

A l'examen : l'abdomen est souple, la palpation de l'hypochondre droit ne révèle rien. Le foie n'est pas hypertrophié.

Intervention : Le 24 août 1926, par le Docteur Pollosson, sous anesthésie générale.

Incision de Mayo : on perçoit deux petits calculs muriformes enclavés dans le cystique.

Cholécystectomie rétrograde. L'exploration du cholédoque et des deux branches de l'hépatique est négative. Mise en place d'un drain de Kehr et de trois mèches.

Fermeture aussi complète que possible de la paroi.

Suites opératoires : excellentes ; le 27 septembre 1926, la malade quitte le service. La fistule est complètement tarie : la cicatrisation est complète et l'état général parfait.

Suites éloignées (avril 1933 : Reprise des occupations un mois après. La cicatrisation est indolore ; la malade porte une ceinture car elle a peut-être une légère pointe d'éventration.

Elle ne souffre presque plus du foie ; quelques somnolences après les repas ; céphalées sans importance. Les digestions sont faciles mais la malade suit un régime, aucun trouble gastrique, les selles sont régulières. Reprise de poids de 10 kilos.

OBSERVATION XXXIV (*inédite*)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite suppurée avec calcul unique du bassinnet. — Suites éloignées : 4 ans.

Mme R..., 39 ans, entre salle Sainte-Anne, le 10 avril 1929, pour des phénomènes digestifs se manifestant par de l'anorexie, des douleurs lombaires se produisant brusquement la nuit, sans vomissement.

Les douleurs deviennent ensuite très vives, se localisent dans l'hypochondre droit, pour irradier enfin vers l'épaule droite. La malade n'a pas constaté d'ictère, pas de constipa-

tion, aucun trouble urinaire. La température n'a pas été prise.

A l'examen : L'abdomen est souple et la région vésiculaire très sensible. Sous les fausses côtes on sent une grosse masse arrondie, piriforme, saillant très superficiellement, entièrement douloureuse, qui est sans doute la vésicule augmentée de volume. La région épigastrique est indolore. Le foie n'est pas perçu. Subictère léger des conjonctives.

Intervention : Le 19 avril 1929, par le Docteur Pollosson, sous anesthésie générale.

Laparotomie pararectale droite. La vésicule éclate, laissant couler un pus jaunâtre, bien lié, inodore, qui souille le champ opératoire.

L'exploration des voies biliaires est négative. La réfection séreuse du lit vésiculaire est satisfaisante. Mise en place d'un petit drain et d'une mèche.

Fermeture à trois plans sur un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Très tourmentées, pouls filant, incompatible. Température : 40°, état de collapsus.

On a cependant trouvé un point douloureux coeliaque faisant songer à une réaction péritonéale post-opératoire, étant donné qu'il s'agissait d'une cholécystite suppurée. Mais on a plutôt l'impression d'un shock, car sous l'influence des toni-cardiaques, de l'adrénaline en particulier, les phénomènes se sont amendés.

Examen de la pièce : Vésicule contenant un gros calcul muriforme, unique, situé dans le bassinet et remplie de pus.

Suites éloignées : Le 9 novembre, l'état général est excellent, elle a grossi de 5 kilos.

La cicatrice est parfaite, sans éventration ; la malade peut reprendre son travail.

Le 12 avril 1930, très bon état général, elle digère bien et a gagné encore 2 kilos.

Le 1^{er} avril 1933, cicatrice excellente ; ne souffre plus du foie.

OBSERVATION XXXV (*inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite aiguë avec abcès péricholécystiques. — Suites éloignées : 2 ans.

Mme P..., 52 ans, entre salle Sainte-Anne, le 12 août 1931, pour une crise douloureuse de l'hypochondre droit.

Dans les antécédents nous trouvons trois grossesses.

L'affection actuelle a débuté en décembre 1930. La malade ressentait alors des douleurs sous le rebord costal droit, accompagnées de vomissements abondants et d'un ictère accentué ; température : 39°. Cette crise, qui avait duré trois jours, vient de se reproduire actuellement, caractérisée par des vomissements, de la fièvre, mais cette fois sans ictère.

A l'entrée, la malade est calme, elle a repris son appétit, avec cependant une anorexie électorale pour la viande et les graisses.

A l'examen : l'abdomen est souple, la région vésiculaire très douloureuse ; on sent à cet endroit une légère contraction, et il est impossible de dire si la vésicule est perçue. Pas de point douloureux cholédocien. On soupçonne malgré tout une appendicite rétro-cœcale.

Intervention : le 14 août 1931, par le Docteur Clavel, sous anesthésie générale.

Incision de Mayo ; il s'agit d'une cholécystite perforée, avec abcès que l'on évacue en protégeant le plus possible les organes voisins.

Cholécystectomie sous-séreuse facilitée par l'épaississement du péritoine. On ne sent rien au niveau du cholédoque, qui n'est pas cathétérisé. Mise en place d'un drain et de trois mèches.

Fermeture séro-musculaire en laissant la peau ouverte.

Examen de la pièce : Lésions de cholécystite gangréneuse et hémorragique, nombreux petits calculs.

Suites opératoires : Normales, pas de choc, pas de complications pulmonaires.

Le 10^e et le 11^e jour, ablation des mèches, on constate un petit hématome de la paroi et une légère température.

Le 16^e jour, écoulement de la bile par la plaie ; les matières sont colorées.

Le 21 septembre, la fistule biliaire est à peu près complètement tarie.

Le 1^{er} octobre, la malade quitte le service.

Suites éloignées : Reprise des occupations au bout de quinze jours ; très bonne cicatrice, légèrement douloureuse, sans éven-tration. La malade ne souffre plus, ses digestions sont faciles, elle ne suit pas de régime ; aucun trouble gastrique ; elle a grossi de 5 kilos.

OBSERVATION XXXVI (*inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie ordinaire pour cholécystite perforante calculuse. — Suites éloignées : 6 mois.

M. A..., 35 ans, entre salle Sainte-Anne le 6 septembre 1932, après avoir été opéré d'urgence à l'infirmerie de Porte, par le Docteur Clavel.

Le malade souffrait depuis 36 heures ; il présentait en plus, des vomissements, et la palpation montrait une contracture au niveau de la fosse iliaque droite.

Pas d'antécédents précis : on hésite entre une crise d'appendicite et un ulcère perforé.

Intervention ;

1^o Incision de Mac Burney ; l'appendice est sain ; on pratique tout de même une appendicectomie, mais on est frappé par la présence de liquide dans la cavité abdominale. Fermeture de la paroi.

2^o Incision médiane sus-ombilicale, avec incision de dé-

charge vers la droite, montrant une vésicule calculeuse présentant une perforation lenticulaire à la face inférieure du corps.

Cholécystectomie. L'hépatique et le cholédoque sont perméables. Mise en place d'un drain, et de deux mèches. Sérum anti-gangréneux.

Examen de la pièce : Vésicule présentant une perforation, et contenant deux calculs du volume d'une noix.

Suites opératoires : simples, ablation du drain le septième jour et des mèches du huitième au treizième jour ; la température est redevenue normale le cinquième jour, la fistule biliaire s'est complètement tarie le vingtième jour.

Le 20 octobre 1932, le malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933) : Reprise du travail 45 jours après.

La cicatrice est excellente, indolore, sans éventration. Les digestions sont faciles, mais le malade éprouve un certain dégoût pour les œufs et les graisses. Les selles sont régulières. Reprise de poids de 5 kilos. Très bon état général.

OBSERVATION XXXVII (*inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite calculeuse suppurée. — Suites éloignées : 2 ans.

Mme G..., 47 ans, entre salle Sainte-Anne, le 19 février 1931 après avoir été opérée d'urgence à l'infirmerie de Porte par le Docteur Bertrand.

La malade avait à ce moment un épigastre entièrement contracturée avec une vive douleur à gauche, elle ne présentait aucun signe dans la région hypogastrique, mais elle avait eu il y a un mois une crise de coliques hépatiques assez nette. On hésitait cependant entre les diagnostics d'ulcère perforé, de pancréatite aiguë, de cholécystite perforée.

Intervention : le 19 février 1931, par le Docteur Bertrand, sous anesthésie générale.

Incision sus-ombilicale médiane qui permet de faire le diagnostic de cholécystite aiguë. Cholécystectomie rétrograde, mise en place d'un drain et d'une mèche. Cette opération, par voie médiane, a été facile car il s'agissait d'une énorme vésicule dont le fond servait de tracteur : on n'a jamais eu l'impression qu'il était nécessaire de brancher une incision horizontale.

Examen de la pièce : Vésicule énorme, sans plaque de gangrène, contenant une certaine quantité de petits calculs. A l'intérieur se trouve un liquide puriforme. La muqueuse est d'un rouge sombre avec de nombreux piquetés hémorragiques. Il n'existe aucun calcul au niveau du bassin.

Suites opératoires : Rétention d'urine nécessitant un cathétérisme au troisième jour. Le cinquième jour, poussée de température avec frissons due à des phénomènes urinaires (urines troubles).

Les mèches ont été enlevées complètement le neuvième jour. A ce moment est apparue une éruption urticaire.

Le 6 mars, la température monte à 40°, l'examen pulmonaire décèle aux deux bases un foyer de congestion ; la ponction exploratrice à gauche retire un liquide citrin dont l'examen montre qu'il s'agit d'un liquide séro-fibrineux avec prédominance de cellules endothéliales, quelques lymphocytes et polynucléaires non altérés.

Le 21 mars, malgré un traitement par l'urotropine, la température persiste, oscillant autour de 38° pendant quelques jours, puis s'élève brusquement à 39°5 pour redescendre le lendemain à 38°. Ces clochers thermiques sont précédés de frissons. Les jours suivants, la température baisse, pour se stabiliser complètement.

Le 5 avril, on cesse les injections d'uroformine. L'état local de la cicatrice est parfait.

Le 19 avril, la malade quitte le service mais elle se sent faible.

Suites éloignées (mars 1933) : Elle a repris son travail six mois après la sortie de l'hôpital.

La cicatrice est parfaite, indolore, sans éventration.

Ne ressent presque plus rien du côté du foie ; pas de somnolences après les repas. Difficultés à digérer surtout les graisses, les œufs, le chocolat.

La malade suit un régime, elle ne se plaint d'aucun trouble digestif mais elle n'a pas engraisé depuis l'opération.

OBSERVATION XXXVIII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Cholécystectomie ordinaire pour cholécystite calculuse
suppurée. — Suites éloignées : 4 ans.*

Mme R..., 33 ans, entre salle Sainte-Anne, le 6 janvier 1929 pour des douleurs à l'épigastre.

Les antécédents nous révèlent deux grossesses.

Le début de l'affection remonte à treize ans. A cette époque, la malade aurait ressenti des crises douloureuses hépatiques accompagnées d'anorexie non élective, crises qui dureraient de trois à quatre jours et se terminaient par des vomissements bilieux.

A 25 ans, à la suite d'une grossesse, une seconde crise apparaît.

A 28 ans, survient un troisième épisode douloureux, qui a duré deux à trois jours et qui est suivi d'un ictère.

Le 26 décembre 1928, après une période de malaises vagues, d'anorexie et de frissons, la malade est prise de douleurs très vives siégeant à l'épigastre, irradiant dans les lombes et vers l'épaule droite, accompagnées de vomissements bilieux. Cinq jours après la température s'élève, oscille autour de 39°, les matières sont décolorées, mais il n'est jamais apparu d'ictère franc.

Actuellement : La malade ne souffre pas et ne présente aucun trouble du transit intestinal ; température : 37°6.

A l'examen : l'abdomen est souple. Légère douleur au ni-

veau de la vésicule qui paraît augmentée de volume. Le foie est hypertrophié, légèrement douloureux.

Radiographie : avant et après l'absorption du tétraiode, on remarque une image peu nette d'ailleurs et non semblable sur les deux clichés, paraissant correspondre à une énorme vésicule bourrée de calculs.

Intervention : Le 18 janvier 1929, par le Docteur de Rougemont, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr qui montre une grosse vésicule présentant des adhérences nombreuses au niveau de l'épiploon, du transverse et du duodénum.

On essaye de pratiquer une cholécystectomie type Tixier, mais la vésicule éclate au cours de l'intervention laissant écouler une notable quantité de pus ; on exécute alors une cholécystectomie d'avant en arrière. Le lit hépatique est très épais, il existe à ce niveau de nombreux abcès. L'exploration du cholédoque est négative.

On pratique un drainage de l'hépatique ; des mèches sont également placées dans la région vésiculaire.

Fermeture à trois plans.

Examen de la pièce : La vésicule mesure 12 cm. de long sur 5 cm. de large. Les parois épaissies contiennent de petits abcès ; à l'intérieur, on remarque du pus et soixante calculs environ.

Suites opératoires : Très simples ; le 16 février 1929, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933) : Elle a repris ses occupations au bout d'un mois. La cicatrice est excellente, indolore, sans éventration ; la malade porte une ceinture.

Elle n'a jamais plus souffert du foie, Les digestions s'effectuent parfaitement, mais elle évite les œufs qui ne sont pas bien supportés. La malade ne suit aucun régime, elle n'accuse aucun trouble gastrique, les selles sont régulières.

Elle a repris son poids normal, et a même été opérée, en 1932, d'un énorme fibrome, hystérectomie totale ayant donné un résultat parfait.

OBSERVATION XXXIX (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

*Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite lithiasique
suppurée.*

Suites éloignées : 4 ans.

Mme Ch..., 55 ans, entre salle Sainte-Anne, le 15 mars 1929, envoyée par un médecin qui a fait le diagnostic de cholécystite.

Dans les antécédents nous trouvons deux grossesses, pas de fièvre typhoïde.

Depuis deux ans, la malade présente des crises paroxystiques de l'hypochondre droit pendant une période de dix à quinze jours, et séparées par des moments d'accalmie plus ou moins longs.

En janvier 1929, apparaissent des troubles gastriques assez vagues, se manifestant par une sensation de pesanteur, d'endolorissement, survenant deux à trois heures après les repas.

Le 9 mars 1929, la malade est brusquement prise d'une violente douleur sous le rebord costal droit, irradiant en arrière dans les lombes, douleur qui a duré toute la nuit, accompagnée de vomissements bilieux. La température s'est légèrement élevée les jours suivants, mais on n'a pas constaté d'ictère.

Huit jours après la crise, une volumineuse tuméfaction douloureuse à la pression est apparue dans l'hypochondre droit.

Actuellement, la malade ne souffre pas et ne présente aucun trouble digestif ; température, 37°5.

A l'examen, l'abdomen est souple ; on perçoit sous les fausses côtes, une vésicule volumineuse, séparée du foie par un sillon. Le point vésiculaire est sensible à la pression ; pas de douleur provoquée au point cholédocien.

Radiographie : Après absorption du tétraiode, on voit se dessiner très nettement les deux ombres rénales, mais l'ombre vésiculaire n'est pas vue.

Intervention, le 23 mars 1929 : Incision suivant le procédé Tixier ; des adhérences réunissent la paroi inférieure de la

vésicule au côlon et à l'épiploon; on les décolle très facilement.

Cholécystectomie sous-séreuse typique. Un drain est placé dans l'entonnoir séreux vésiculaire et une mèche de gaze est mise au contact de la face inférieure du foie, en raison des adhérences œdémateuses rompues au début de l'opération.

Examen de la pièce : Vésicule de la grosseur d'une aubergine, bourrée de calculs à facettes ; à la face inférieure du corps, on remarque une véritable escharre en évolution qui était sur le point de perforer l'organe.

Suites opératoires : satisfaisantes. Le 2 mai 1929, la malade quitte le service complètement guérie.

..Suites éloignées (mars 1933) : Elle reprend ses occupations un mois après ; ne souffre pas de sa cicatrice, mais on constate une éventration siégeant au niveau de la section en travers du grand droit ; la malade porte une ceinture.

Les crises de coliques, les douleurs du côté du foie, ont totalement disparu ; pas de somnolence après les repas, digestions faciles. Elle ne suit aucun régime ; pas de troubles gastriques ; les selles sont régulières ; reprise de poids de 5 kilos ; très bon état général.

OBSERVATION XL (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie ordinaire pour cholécystite gangréneuse.

Suites éloignées : 9 ans.

Mme M..., 46 ans, entre salle Sainte-Anne le 10 octobre 1924, après avoir été opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte, par le Docteur Rochet.

Ses antécédents nous révèlent une grossesse et deux fausses couches.

L'affection actuelle a débuté il y a vingt ans ; la première crise s'est manifestée d'une façon typique, par des douleurs à l'épigastre, irradiant vers l'épaule droite, suivies d'un ictère léger. Depuis, la malade éprouvait, de temps à autre, des nau-

sées accompagnées de vomissements bilieux. Elle avait de plus des maux de tête très fréquents.

En 1916, nouvelle crise très violente, et celle qui l'amène à l'hôpital a commencé trois jours avant.

A l'entrée, la température est à 39°2 ; le pouls à 120 ; la malade présente du subictère.

A l'examen, on perçoit une contracture très douloureuse au niveau de l'hypochondre droit, et on a l'impression d'une masse d'allure nettement inflammatoire.

Urée sanguine : 0,37 ‰.

Intervention, le 6 octobre 1924, par le Docteur Rochet, sous rachianesthésie.

Incision de Kocher ; l'ouverture du péritoine donne issue à un liquide louche ; la vésicule est cachée par des adhérences épiploïques et coliques ; la face inférieure vésiculaire présente des taches de gangrène sans perforation.

Cholécystectomie d'avant en arrière ; l'exploration du cholédoque est négative.

Drainage de l'hépatique ; mise en place d'une mèche dans le lit de la vésicule.

Examen de la pièce : Vésicule du volume d'une aubergine, contenant quatre gros calculs.

Suites opératoires : parfaites. Le 20 novembre, la malade part en bonne santé.

Suites éloignées (mars 1933) : L'examen de la cicatrice permet de constater une grosse éventration, mais qui est cependant très bien supportée.

La malade n'a jamais plus ressenti de crise de coliques ; les digestions s'effectuent très bien ; aucun trouble gastrique, légère constipation. Elle suit un régime.

OBSERVATION XLI (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie ordinaire, pour cholécystite gangréneuse.

Suites éloignées : 4 ans.

Mme E..., 54 ans, entre salle Sainte-Anne le 19 janvier 1929, après avoir été opérée à l'Infirmierie de Porte, par le Docteur Bertrand, pour un syndrome péritonéal de l'hypochondre droit.

Cette malade, dans les antécédents de laquelle on ne trouve rien, est mère de neuf enfants ; elle a déjà présenté des douleurs vésiculaires, mais il est difficile de faire préciser leur caractère et la date exacte de leur apparition.

Le 17 janvier 1929, surviennent de violentes douleurs abdominales irradiées dans l'épaule droite, accompagnées de vomissements bilieux et d'une ascension thermique à 39°.

A l'examen, on se trouve en présence d'un syndrome péritonéal aigu : facies terreux, pouls à 120, température 39°2 ; la palpation permet de percevoir, au point de Mac Burney, une masse douloureuse.

Intervention, le 19 janvier 1929, par le Docteur Bertrand, sous rachianesthésie.

Incision de Max Schuller sur la masse perçue. A l'ouverture du péritoine on remarque dans la cavité abdominale la présence d'un liquide louche, très odorant.

Extériorisation de la vésicule qui présente sur son fond une large plaque de gangrène.

Cholécystectomie ordinaire d'avant en arrière, mise en place d'un drain. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce : Vésicule présentant une plaque de gangrène et contenant un énorme calcul unique.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire dans les jours qui suivent l'intervention.

Injection de sérum antigangréneux et antistrepto.

Le 20 février 1929, la température est tombée en lysis et les phénomènes pulmonaires disparaissent ; les suites se poursuivent très simplement.

Le 17 mars 1929, la malade quitte le service.

Suites éloignées (avril 1933) : Reprise des occupations six mois après.

Eventration ; quelques douleurs du côté de la cicatrice.

La malade ne souffre plus, digère très bien, mais évite les graisses, les œufs, le chocolat. Soinnolences après les repas. Aucun trouble gastrique ; les selles sont régulières.

OBSERVATION XLII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

*Cholécystectomie rétrograde après cholécystostomie. pour
cholécystite calculieuse suppurée et occlusion du gros intestin.
Suites éloignées : 2 ans.*

Mme L..., 31 ans, entre salle Sainte-Anne, le 3 octobre 1930, après avoir été opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte, par le Docteur Clavel, pour un syndrome d'occlusion.

A l'examen de l'abdomen on constatait une série d'ondes péristaltiques et une tuméfaction vaguement perçue sous les fausses côtes droites. Le diagnostic de néoplasme de l'angle colique droit avec occlusion s'imposait alors.

Première intervention, le 3 octobre 1930, sous rachianesthésie.

Laparotomie latérale droite permettant de trouver un cæcum dilaté, et une énorme vésicule avec des adhérences comprimant l'angle droit du côlon.

On pratique un cloisonnement et une cholécystostomie avec mise en place de trois mèches et d'un drain.

Suites opératoires : Le 16 octobre, on enlève les mèches sous anesthésie générale.

Le 22 octobre, le Docteur Clavel pratique, sous anesthésie, un curettage de la vésicule qui ramène de nombreux petits calculs.

Le 24 novembre, une fistule muqueuse persiste au niveau de la vésicule ; cette dernière semble exclue.

En effet, une injection de lipiodol permet de se rendre compte que seule la vésicule se remplit ; il y a donc un obstacle au niveau du col vésiculaire et on décide une nouvelle intervention.

Deuxième intervention, le 28 novembre, par le Docteur Clavel.

Incision circonscrivant la fistule qui est fermée en bourse au fil de lin.

Incision de Meyne, permettant de pénétrer dans le péritoine sain, au-dessus et au-dessous de la fistule. Une partie de l'épiploon adhère au fond vésiculaire ; cette portion de l'épiploon est sectionnée et enlevée avec la vésicule.

Il n'y a pas d'adhérences coliques, mais on trouve des adhérences duodénales très serrées, qu'on libère sans difficulté en suivant le plan de clivage sous-séreux. Cholécystectomie en arrière. Le cholédoque est perméable. Ligature de l'artère cystique. Ligature du canal cystique.

Mise en place d'un drain, d'une mèche gastrique et d'une mèche pariéto-colique. Fermeture aux fils métalliques et au catgut.

Suites opératoires : simples. Le 3 janvier 1931, elle quitte le service.

Suites éloignées : Le 11 avril 1931, la malade est en excellent état ; les troubles hépatiques ont complètement disparu ; la cicatrice est parfaite, sans éventration.

Le 25 juillet, l'état général est très bon ; elle a même engraisé de plusieurs kilos ; digestions faciles ; de temps à autre légère dyspepsie qui cède au traitement approprié.

Le 1^{er} avril 1933: La cicatrice est excellente, sans éventration. Digère bien, sauf les œufs et les graisses ; elle a grossi énormément.

Cholécystites non calculeuses

OBSERVATION XLIII (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie sous-séreuse pour stase de la vésicule.
Suites éloignées : 4 ans.

Mme B..., 25 ans, entre salle Sainte-Anne, le 28 janvier 1929, envoyée par le Professeur Savy pour un syndrome douloureux abdominal.

Les antécédents nous révèlent deux grossesses.

Le début de l'affection remonte à six ans ; la malade ne pouvait supporter aucune nourriture, elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Elle ressentait alors des douleurs de l'hypocondre droit, irradiées vers la région périombilicale et vers l'épaule droite ; ces crises alternaient avec des périodes de calme plus ou moins longues.

Après chaque grossesse, la malade déclare que les douleurs se réveillent, plus intenses encore, accompagnées de vomissements et d'anorexie.

En janvier 1929, ayant maigri de 15 kilos, elle entre à l'hôpital dans le service du Professeur Savy. Le tubage duodénal permet de retirer 30 à 40 cc. de bile claire. L'épreuve de Meltzer-Lyon permet d'obtenir 50 cc. de bile claire, mais pas de bile vésiculaire.

Le 17 janvier, la malade entre dans la salle Sainte-Anne.

Actuellement, elle est subictérique et accuse une grande faiblesse.

A l'examen, la paroi abdominale est souple, sans contraction. Point douloureux à la pression, particulièrement net dans la zone pancréatico-cholédocienne. On perçoit sous le rebord costal une masse dure douloureuse ayant le volume d'une grosse noix. Le foie est abaissé d'environ trois centimètres.

L'examen radiologique des voies biliaires n'a pu être pratiqué, car l'ingestion des pilules au tétraïode a été suivi, à plusieurs reprises, de vomissements.

Intervention, le 4 février 1929, par le Professeur Tixier.

Laparotomie pararectale droite, montrant une grosse vésicule se vidant à la pression, sans signes d'infection ; on ne trouve aucun calcul du bassinot ni du cystique. L'incision est prolongée selon le procédé de Kehr-Tixier, et on exécute une cholécystectomie typique sous-séreuse sans drainage.

L'exploration du carrefour hépatique et du pylore est négative ; on trouve cependant une distension extrême du bulbe duodénal, mais on ne constate aucun ulcère du duodénum ; rien à l'angle duodéno-jéjunal ; on hésite à pratiquer une jéjuno-duodénostomie, mais l'opération a été suffisamment longue et choquante.

Suites opératoires : très simples. Le 2 mars 1929, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933) : La malade a repris ses occupations quinze jours après la sortie de l'hôpital. Cicatrice parfaite, légèrement douloureuse, sans éventration.

Elle n'a plus souffert du foie ; quelques somnolences après les repas ; difficultés pour digérer surtout les graisses, les œufs, le chocolat, sans suivre toutefois un régime sévère ; douleurs gastriques accompagnées de vomissements et de constipation. Elle a maigri depuis l'opération ; grossesse en 1932 qui est arrivée à terme.

OBSERVATION XLIV (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite avec péricholécystite suppurée.

Suites éloignées : 4 ans et demi.

Mme W..., 50 ans, entre salle Sainte-Anne, le 16 novembre 1928, pour des douleurs abdominales datant de trois jours.

La malade déclare avoir toujours été l'objet, depuis vingt-cinq ans environ, de digestions pénibles : sensation de gêne, de pesanteur après les repas, intolérance pour certains aliments (viande, poisson) et constipation.

Le 13 novembre, après le dîner, la malade a ressenti des nausées intenses accompagnées de frissons, bientôt suivis de vomissements bilieux abondants. Le lendemain elle a éprouvé une douleur, sous le rebord costal droit, sans irradiation nette. Elle n'a jamais constaté d'ictère, la température était à 37°5.

Actuellement, la malade souffre toujours ; température 37°6. Les urines sont troubles et légèrement diminuées.

A l'examen, l'abdomen est un peu ballonné, mais encore suffisamment souple. La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite, autour du point de Mac Burney, et surtout au-dessous du rebord costal.

Le bord inférieur du foie n'est pas perçu ; aucun point vésiculaire et cholédocien.

Malgré le maintien de la glace sur le ventre pendant plus de cinq semaines, la température monte à 38° tous les soirs.

Quantité d'urée par litre d'urine : 12 gr. 50. Coefficient de Maillard : 11 ‰. Temps de coagulation : 8'. Temps de saignement : 5'.

Intervention, le 21 décembre 1927, par le Professeur Tixier, sous rachianesthésie.

Grande incision pararectale droite ↗ les muscles sont infiltrés ; on pénètre très doucement dans le péritoine ; cloisonnement par compresse. Contre la vésicule on ouvre un foyer suppuré contenant un pus verdâtre. Le côlon épaissi limite en bas le foyer de péricholécystite. On découvre le fond vésiculaire œdémateux, rouge, qui se laisse décoller avec facilité. Cholécystectomie rétrograde. Ligature de l'artère cystique ; section du cystique entre deux ligatures. Mise en place d'une grosse compresse contre la fosse cystique. Cloisonnement côlo-pariétal. Fermeture de l'incision qui a été uniquement pararectale.

Examen de la pièce : Vésicule à parois hypertrophiées, muqueuse veloutée, œdémateuse. Pas de calculs.

Il s'agit d'une cholécystite, avec péricholécystite suppurée, dont l'étiologie est inconnue, car dans les antécédents de la malade on ne trouve aucune maladie infectieuse.

Suites opératoires : satisfaisantes. Le 19 février, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1931) : Elle a repris ses occupations trois mois après. Cicatrice légèrement boursoufflée, sans éven-tration, parfois douloureuse.

La malade ne souffre plus du foie, elle digère très bien tout ce qu'elle prend et ne suit pas de régime. Céphalées fréquentes. Aucun trouble gastrique, les selles sont régulières. Elle a en-graissé depuis son opération.

OBSERVATION XLV (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie sous-séreuse pour cholécystite suppurée sans calculs.

Suites éloignées : 10 ans.

Mme Ch..., 29 ans, entre salle Sainte-Anne, le 2 avril 1923, envoyée par le Docteur Bonnet, avec le diagnostic de cholécystite suppurée.

La malade avait présenté depuis trois jours une réaction péritonéale assez vive avec un état général extrêmement mauvais, ce qui empêchait toute intervention ; urines très rares et chargées ; bouche sèche avec du muguet.

Intervention, le 24 avril 1923, par le Docteur Bonnet.

Incision de Récamier, sur laquelle on branche aussi, le diagnostic de cholécystite fait, une incision de Kehr.

La vésicule se présente entourée d'adhérences. Le foie est gros, de coloration vert bronzé. On pratique une cholécystectomie d'arrière en avant en abordant la vésicule suivant une incision circulaire, près du fond, et une incision longitudinale allant vers le bassin ; on clive ainsi, sans trop de peine, le

péritoine sur toute la longueur de la vésicule jusqu'au carrefour. Ligature de l'artère cystique, suivie de la section du canal cystique. L'exploration du cholédoque et de l'hépatique est négative. Mise en place d'un drain de Kehr et réfection de la couverture péritonéale. Fermeture totale de la paroi, sans aucun drainage ni mèche, tout autour de l'abouchement de l'entonnoir péritonéal qui engaine le tube.

Suites opératoires : Le pronostic est considéré comme très grave pendant les vingt-quatre premières heures, par suite de l'état général de la malade et de la formation possible d'une collection biliaire, hors du canal de drainage, dans la profondeur.

La température reste au-dessous de 37°9, le pouls monte à 120, le second jour. Les suites sont malgré tout excellentes.

Le 6^e jour après l'intervention, la température est à 37°3 et le pouls à 90. On enlève le drain, il se produit un écoulement de bile qui est bientôt tari au bout de quelques jours.

Le 28 mai, la malade quitte le service.

Suites éloignées (mars 1933) : Elle a repris son travail un an après la sortie de l'hôpital.

La cicatrice est parfaite, légèrement douloureuse parfois ; la malade porte une ceinture, mais n'a point d'éventration. Elle ne souffre plus du foie ; périodiquement elle a des somnolences après les repas et des céphalées.

Les digestions sont quelquefois pénibles, surtout après l'ingestion d'œufs et d'aliments gras ; elle suit un régime, n'éprouve aucune douleur gastrique, mais elle a une forte constipation.

Augmentation de poids de 20 kilos.

Une grossesse à terme, il y a six ans ; l'enfant est en parfaite santé.

OBSERVATION XLVI (*Inédite*)
(Clinique de M. le Professeur TIXIER.)

Cholécystectomie sous-séreuse et appendicectomie pour péri-cholécystite.

Suites éloignées : 6 ans.

Mlle G..., 23 ans, entre salle Sainte-Anne le 15 mars 1927, envoyée par le Professeur Tixier pour des coliques hépatiques.

Les antécédents ne montrent rien de particulier.

Il y a trois ans, la malade éprouvait après les repas une sensation de ballonnement, de pesanteur à l'épigastre, sans douleur vraie.

En 1925, éclate une première crise de coliques hépatiques **typique**, avec douleurs dans l'hypochondre droit, irradiées dans le dos et l'épaule droite, sans vomissements, mais nettement accompagnées de diarrhée post-prandiale claire donnant une sensation de brûlure au passage de l'anus. La température n'a pas été prise. La crise a duré quelques heures et ne s'est pas renouvelée les jours suivants. Le lendemain est apparu un léger subictère, avec décoloration des matières.

Une seconde crise moins violente est survenue il y a trois semaines, en tout point analogue à la précédente.

A l'examen, l'abdomen est souple, mais la palpation est douloureuse dans tout l'hypochondre droit ; légère contracture ne permettant pas de percevoir la vésicule.

Cholécystographie : La vésicule est très nettement visible ; elle paraît bilobée par un étranglement lui donnant un aspect en bissac.

Intervention, le 5 avril 1927, par le Professeur Tixier, sous anesthésie générale.

Incision de Kehr-Tixier. Le foie est gros, abaissé. La vésicule est distendue et présente un fond bleuté ; à la partie moyenne du corps vésiculaire, passe en écharpe une bride épiploïque venant de l'angle droit du côlon pour se fixer ensuite sur le petit épiploon gastro-hépatique. On sectionne cette bride entre deux ligatures. La vésicule reprend alors sa forme normale. On se demande quelle est l'origine de cette péritonite plastique réunissant ainsi l'estomac, le duodénum et la vésicule. Ces organes sont soigneusement explorés ; le duodénum, entouré d'une périoduodénite intense, est distendu jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

Sans conviction on pratique une cholécystectomie sous-sé-

reuse. Ligature du canal et de l'artère cystique. Reconstitution du lit vésiculaire péritonéal.

L'exploration du côlon ascendant et du cæcum montre que ces derniers sont enrobés dans une membrane épaisse ; on enlève également l'appendice. Fermeture totale du ventre sur un drain en contact du cystique.

Examen bactériologique de la bile : négatif.

Suites opératoires : normales. Ablation du drain au 7^e jour.

La température, qui s'était élevée les premiers jours, tombe ensuite très vite.

Suites éloignées (mars 193) : Reprise des occupations un mois après.

Excellente cicatrice, parfois douloureuse, sans éventration.

Le 14 novembre 1931, la malade déclare avoir ressenti une petite crise de coliques hépatiques, sans fièvre et sans ictère ; elle a eu à ce moment-là des vomissements bilieux.

Quelques somnolences après les repas ; les digestions ne s'effectuent pas toujours bien ; céphalées ; la malade ne suit pas régulièrement son régime.

Elle éprouve du ballonnement et des pesanteurs au niveau de l'estomac ; les selles sont régulières. Reprise du poids de 5 kilos.

Traitement préventif des séquelles Avantages de la cholécystectomie sous-séreuse

Du point de vue technique, il faut choisir une bonne incision et se garder de blesser la voie principale. On devra également assurer une excellente péritonisation du lit vésiculaire permettant de réaliser ainsi une barrière entre le foyer septique et la grande cavité abdominale.

On évitera tout suintement sanguin au cours de l'opération et on ne fera usage de mèches que dans les cas de stricte nécessité, dans le but d'empêcher la production d'adhérences. Certains chirurgiens même ont supprimé tout drainage, d'autres cependant sont partisans de la mise en place d'un petit drain au contact du moignon vésiculaire.

L'exploration minutieuse des organes voisins s'impose, même dans les cas les plus simples ; c'est ainsi que le cholédoque, l'hépatique, le pancréas, le duodénum, l'estomac, l'appendice doivent être successivement examinés.

Le traitement des lésions associées est également d'une réelle importance pour parer aux résultats incomplets de la cholécystectomie.

Certains auteurs ont préconisé la vaccinothérapie post-opératoire, grâce à des auto-vaccins fabriqués à partir des microbes prélevés dans la bile ; Gundermann a obtenu, surtout dans les cholécystites straphylococciques, des résultats utiles.

Certes, nous n'avons pas eu la prétention d'apporter ici des résultats complets ; des tubages duodénaux et des radiographies biliaires pratiqués sur les malades auraient donné plus de précision à notre étude.

Néanmoins, nous avons cherché à mettre en évidence, ainsi que le montrent les observations que nous publions, les multiples avantages d'une opération pratiquée depuis plusieurs années déjà dans le service de M. le Professeur Tixier.

En effet, la *cholécystectomie sous-séreuse* permet de diminuer le drainage et, de ce fait, les suites opératoires sont plus courtes. Elle atténue également les douleurs considérables occasionnées par l'ablation des gros tamponnements sous-hépatiques.

Les risques d'éventration sont moins nombreux, grâce à la seule persistance d'un petit orifice pariétal, au lieu de la large plaie béante qui caractérise les autres procédés opératoires.

La sous-séreuse, par le plan de clivage sous-péritonéal qu'elle offre, permet de libérer avec moins de danger la vésicule du côlon et du duodénum, et il est particulièrement remarquable de noter que, dans une statistique d'une certaine importance comprenant un assez grand nombre de cas difficiles, nous n'avons noté aucune fistule duodénale ou colique.

Conclusions

I. — Du point de vue des résultats immédiats, la cholécystectomie est une opération bénigne chaque fois que ses indications précises ont été judicieusement posées.

II. — La plupart des malades conservent cependant quelques troubles digestifs et douloureux qui n'entraînent pas leur existence.

III. — La cholécystectomie dans les accidents lithiasiques met seule à l'abri des récidives, à condition que le canal hépatique et le cholédoque ne présentent aucun obstacle.

IV. — Parmi les types d'opérations visant la suppression de la vésicule, l'intervention idéale reste la cholécystectomie sous-séreuse, car les suites immédiates sont moins troublées et les résultats éloignés meilleurs, surtout en ce qui concerne la paroi.

V. — Il est certain que la cholécystectomie demeure préférable à la cholécystostomie chaque fois qu'elle est facilement réalisable et sans danger pour le malade. Son seul défaut est qu'elle supprime un fil conducteur sur le cholédoque.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 26 Octobre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- BACHY (G.). — De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. Indications et résultats. (*Thèse* Paris, 1912-1913.)
- BACHRACH. — Ueber die Resultate der operationen an den Gallen wegen. (*Mediz. Klin. W.*, 1908, N° 29, p. 633.)
- BARLING (G.). — Note sur une série de 100 opérations pour calculs biliaires en clientèle, avec remarques particulières sur les récidives. (*British Journal of surgery*, octobre 1921.)
- BÉRARD et MALLET-GUY. — *Exploration fonctionnelle et chirurgie des voies biliures*. (Paris, Masson, 1931.)
- BREWER (G.-E.). — Récidive de lithiase du cholédoque ou de l'hépatique après cholécystectomie. (*Arch. of surgery*, 1921, T. II, N° 1, p. 145-153.)
- BUCHANAN. — End results of a serie of 300 operations on the gallblader. (*Surg. Gynec. obs.*, Chicago, 1915.)
- BUFFÉ. — De la cholécystectomie sous-séreuse. Etude de la technique opératoire. (*Thèse* Lyon, 1907.)
- CASTAIGNE. — Persistance des crises douloureuses après les interventions chirurgicales pratiquées pour cholécystite calculeuse. (*Journal Méd. Franç.*, Paris, 1914, VII, 160-164.)

- CHABANNES. — Gravité des interventions sur les voies biliaires dans le sexe masculin. (*Thèse Lyon, 1932-1933.*)
- CHAUFFARD (A.). — *Leçons sur la lithiase biliaire.* (Masson, Paris, 1914.)
- CLARK (J.-G.). — Ultimate results secured from surgical intervention in simple cases of cholelithiasis and in cholélithiasis discovered during operations for other conditions. (*Johns Hopkins-Hosp. Bull. Bal.,* 1915, XXVII, 196-201.)
- DEAVER (J.-B.). — Recurrence of symptoms after operations for gallstone disease. (*Illinois M. J. Chicago, 1916, XXIX, 419-26.*)
- DELORE et COTTE. — Remarques sur l'excrétion de la bile à l'état normal et après la cholécystectomie. (*Rev. de Chirurg., Paris, 1911, XLIV, 33-47.*)
- DUCLOS. — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires, d'après 484 observations personnelles du Professeur Villard. (*Thèse Lyon, 1926.*)
- EISENDRATH. — Recurrence after operations on the biliary passages. (*J. Am. M. An., Chicago, 1917, p. 1752-1759.*)
- FINNEY (J.-M.-T.). — A study of some of the unsatisfactory results following operation upon the biliary tract. (Canada, *Lancet*, Toronto, 1913-14, XLVII, 892-909.)
- FINK. — Meine Erfahrungen und Resultate mit der operationen behandlung der gallensteinleidens. (*Wiener Mediz. Woch., 1908, LVIII, 51.*)

- FLÖRKEN. — Gallenblasen Regeneration mit stein rezidiv nach cholecystectomy. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1912, CXII, p. 604-605.)
- Mc GUIRE. — Two hundred fifty operations on the gall bladder and ducts. (*Surg. Gynec. et Obst.* Chicago, 1920, XXXI, 617-621.)
- GOSSET. — Sur les indications de la cholécystectomy. (*Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 1922, p. 546.)
- 300 cas de cholécystectomy. (*Soc. de Chir.*, 23 janvier 1924.)
- GOSSET et PETIT-DUTAILLIS. — Séquelles de la cholécystectomy. Indications chirurgicales. (*Congrès Inter. de la Lithiase Biliaire de Vichy*, Doin, Paris, 1932.)
- HARTMANN (H.). — *Chirurgie des voies biliaires*. (Masson, Paris, 1923, p. 296-305.)
- HERNETTE (J.). — Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystotomie et de la cholécystectomy. (*Thèse Paris*, 1907.)
- HOMANS (J.). — Results of cholecystectomy with particular reference to dilatation of the common duct. (*Boston Medic. et Surg. Journal*, 1920, p. 283.)
- JUDD (E.-S.). — The recurrence of symptoms following operation on the biliary tracts. (*Ann. Surg.*, Philadelphie, 1918, LXVII, 473-488.)
- KEHR. — Rückblick auf 2.000 operationen an den gallenwegen, eine gegenüberstellung der erfolge den ersten und zweiten tausend. (*Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. Berlin, 1913, XIII, 273-288.)

- Zwei tausend operationen an den gallenwegen. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, Leipzig, u. Berlin, 1913, XXXIX, p. 775.)
- LECÈNE (P.). — Ce que nous a appris la chirurgie de la vésicule biliaire. (*Journal Médical Français*, 1914, N° 4, p. 165.)
- LEJARS. — Des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans les cholécystites calculeuses. (13° *Congrès Français de Chirurgie*, 1899, p. 436.)
- MICHAUX. — Résultats éloignés de la cholécystectomie. (6° *Congrès français de chirurgie*, 22 avril 1892, p. 172.)
- MAYO (C.). — Cholecystectomy. (*Mayo Clinic*, 1920, XII, 119.)
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. (*Inst. de Bibliog. Scient.*, édit., 1899.)
- PETIT-DUTAILLIS. — Etude des suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystite, d'après cent opérés revus. (*Thèse Paris*, 1922.)
- PRESNO y BASTIONY (J.-A.). — Resultados lejanos de intervenciones sobre las vias biliares. (*Rev. de Méd. y cirurg. de la Habana*, 1918, XXIII, 439-448.)
- RHODES. — Observation of 133 cases of gallbladder surgery with especial reference to the postoperative treatment. (*Surg. gynec. et obst.*, Chicago, 1916, XXIII, 399-401.)
- ROTH. — Operation upon the gallbladder and bile ducts. A report of cases. (*International J. Surg.*, N.-Y., 1913, XXVI, 2-8.)

- SANTY. — Cholécysectomie sous-séreuse. (*S. des Sc. Médicales de Lyon*, 10 décembre 1913.)
- SHORT (A.-R.). — The end results of cases operated on for gallstones. (*Bristol M. and Surg. Journ.*, 1913, XXXI, 34-40.)
- STANTON. — End results in gallbladder Surgery. (*J. Am. M. An., Chicago*, 1911, LVII, 441-444.)
- TERRIER. — Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires. (*Revue de Chirurgie*, 1892, XII, 553.)
- Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés. (6^e *Congrès Français de Chirurgie*, 23 avril 1892, p. 121-146.)
- TIXIER (L.). — De la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr. (*Congrès de Chir. de Paris*, 1908, p. 261-265.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	13
CHAPITRE PREMIER. — Résultats immédiats....	17
CHAPITRE II. — Résultats éloignés.....	23
Observations	35
Traitement préventif des séquelles.....	109
Conclusions	111
Bibliographie	113



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



